



Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Hay muchas personas con Medicare que actualmente tienen alguna forma de cobertura de medicamentos. Los diferentes grupos que se han identificado son: De bajos ingresos, Empleador/Jubilado, Medigap y la población general. Con la intención de proporcionar a las personas con Medicare información que sea apropiada para ellas o su situación, se han creado guiones (“scripts”) para cada grupo.

Drug Coverage Overview

Este guión proporciona información general sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas.

CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In

Este guión debe usarse antes de ingresar a la herramienta PDPF.

CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF OEC Down

Este guión debe usarse en el caso de que la herramienta PDPF no esté funcionando.

Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP

Este guión se usa para determinar si la persona que llama está dentro de un período de inscripción o de desafiliación.

Drug Coverage LIS Medicaid Dual Eligible Spend Down

Este guión se usa si la persona que llama indica que tiene Medicare Y Medicaid. Explica que, porque tienen los dos programas, su cobertura de recetas médicas va a cambiar.

Drug Coverage and Other Coverage

Este guión se usa cuando el beneficiario desea saber cómo otros tipos de cobertura funcionan con la cobertura de Medicare para recetas médicas.

Drug Coverage LIS Extra Help Apply

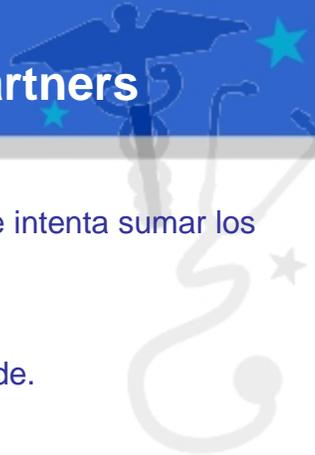
Este guión se usa para información sobre la ayuda adicional (LIS, subsidio por bajos ingresos).

Drug Coverage Cost

Este guión se usa si la persona que llama desea saber cuánto costará un plan Medicare para recetas médicas.



Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage Cost Annual Cost

Este guión explica los costos anuales aproximados y las cosas que es necesario recordar cuando se intenta sumar los costos.

Drug Coverage Cost Late Penalty

Este guión se usa si la persona que llama desea averiguar acerca de la penalidad por inscribirse tarde.

Drug Coverage Part A Part B Covered Drugs

Este guión se utiliza si la persona que llama desea saber si los medicamentos que actualmente cubre la Parte A o la Parte B continuarán siendo cubiertos.

Drug Coverage Involuntary Disenrollment

Este guión menciona por qué razones el plan para recetas médicas puede/debe darle de baja a uno de sus Miembros.

Drug Coverage LIS Deemed Letter

Este guión se usa si la persona que llama ha recibido una carta de Medicare acerca de la ayuda adicional y tiene preguntas. El guión indica pedirle a la persona que llama que lea partes de la carta que recibió para ayudarle al CSR a determinar sobre qué carta está averiguando.

Drug Coverage Enrollment How to Enroll

Este guión se usa si la persona que llama tiene preguntas sobre cómo inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas. El guión contiene información básica sobre la inscripción en un plan para medicamentos recetados.

Drug Coverage Medicare Advantage

Este guión se usa si la persona que llama indica que pertenece a un Plan Medicare Advantage (u otro Plan de Salud de Medicare). Explica que Medicare está trabajando con su Plan Medicare Advantage (u otro Plan de Salud de Medicare) para ayudarles a que brinden más cobertura, o a reducir el costo de su cobertura actual.

Drug Coverage Covered and Excluded Drugs

Este guión se debe usar si la persona que llama tiene preguntas sobre qué clases de medicinas están cubiertas por los planes Medicare para recetas médicas y otras opciones de planes de salud. Describe la cobertura básica de medicamentos y los diferentes grupos de medicamentos que no estarán cubiertos por los planes Medicare para recetas médicas.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage Drugs Removed from Formulary

Este guión se creó para responder a las personas que llaman para quejarse porque un medicamento estaba incluido en el formulario cuando se inscribieron en el plan para recetas médicas, pero ahora no está cubierto.

Drug Coverage Fraud Marketing Sales

Este guión proporciona información sobre las normas que deben seguir los planes Medicare para recetas médicas y las formas en que usted puede protegerse del fraude.

Medicare Drug Coverage in LTC Facilities

Este guión debe usarse si la persona que llama:

- vive en un centro de Cuidado a Largo Plazo y tiene preguntas sobre el plan de recetas médicas en el que está inscrita, o
- vive en un Asilo de Ancianos, un Centro de Cuidado de Vida, un Centro para Adultos o en una Vivienda Residencial y tiene cobertura completa a través de Medicaid, y tiene preguntas relacionadas con la cobertura de medicamentos.

Drug Coverage LIS Food Stamps Housing Assistance

Lea este guión si la persona que llama está preocupada por perder sus estampillas para comida o ayuda para la vivienda cuando solicite la ayuda adicional.

Drug Coverage Plan Mailings

Este guión describe los materiales que las personas con Medicare recibirán por correo después de inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas.

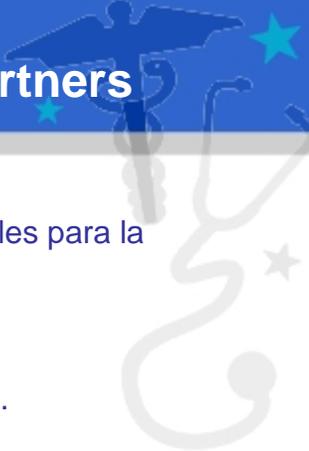
Drug Coverage LIS Auto Facilitated Enrollment How to Enroll

Este guión explica en qué formas pueden inscribirse en un plan de recetas médicas las personas que son elegibles para la ayuda adicional.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage LIS Mailings

Este guión describe los materiales de Medicare que recibirán por correo las personas que son elegibles para la ayuda adicional.

Drug Coverage Coordination of Benefits COB

Este guión explica la coordinación de beneficios entre los planes de recetas médicas y otros seguros.

Drug Coverage Formulary

Este guión contiene información sobre el formulario, los niveles de medicamentos y los Programas de Control de Medicamentos.

Drug Coverage Formulary Exceptions

Este guión contiene información sobre la solicitud de excepciones a los formularios del plan de medicamentos. Explica a quién contactar, cómo funcionan y por cuánto tiempo son válidas.

Drug Coverage Transition

Este guión explica el proceso de transición para inscribirse en un plan para recetas médicas.

Drug Coverage Formulary Restrictions

Este guión contiene información sobre Autorización Previa, Límites de Cantidad, Terapia en Etapas, Sustitución por Medicamentos Genéricos, Cobertura por una Sola Vez y Revisiones de Uso de Medicamentos.

Drug Coverage Pharmacies Mail Order

Este guión contiene información sobre farmacias de la red del plan, farmacias preferidas, el directorio de farmacias y el servicio de pedidos de medicamentos por correo.

Drug Coverage Pharmacist Employer Referral

Este guión proporciona información de contacto para farmacéuticos y empleadores.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage Cost Out of Pocket TROOP

Este guión explica sobre los gastos directos de su bolsillo y qué costos cuentan verdaderamente como gastos directos de su bolsillo.

Drug Coverage Employer Retiree Dropping Coverage

Este guión proporciona información si la persona que llama indica que su empleador o sindicato está cancelando su cobertura de salud y/o de medicamentos como jubilado en el 2006.

Drug Coverage LIS Territories

This script explains how the drug coverage will work if you have Medicaid and live in one of the US Territories.

Drug Coverage Nursing Home Fax

This script should be used if someone from a Nursing Home calls to find out which Medicare drug plan their resident is enrolled in.

Drug Coverage Enrollment Travel Move States Snowbird

Este guión contiene información sobre cómo funcionan los planes para medicamentos para las personas que viven en más de un estado o se mudan a otro estado.

Drug Coverage LIS Cost

Este guión explica la información del costo de la cobertura para medicamentos para personas con Medicare que califican para la ayuda adicional.

Drug Coverage Enrollment End of Month

Este guión debe usarse si la persona que llama desea saber cuál será la fecha efectiva de su plan si se inscriben a fin de mes.

Drug Coverage Plan Not In PDPF Tool Suppress

Este guión debe usarse cuando un plan es temporalmente quitado de la herramienta PDPF.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage Plan Specific Humana Community Care Rx

Este guión debe usarse si la persona que llama tiene preguntas sobre su plan de Humana o Community Care Rx.

Drug Coverage LIS Pharmacist Questions

Este guión se creó para responder a las preguntas de los farmacéuticos.

Drug Coverage Urgent Crisis Call Beneficiary at the Pharmacy

Este guión debe usarse si la persona que llama tiene Medicare y Medicaid y tiene que obtener sus recetas médicas de manera urgente.

Drug Coverage How to Fill a Prescription

Este guión explica el proceso de comprar una receta médica en la farmacia.

Drug Coverage WellPoint UNICARE POS Questions

Este guión debe usarse si la persona que llama indica que “WellPoint Point of Service Solution” para facilitar la inscripción no está funcionando.

Drug Coverage LIS Facilitated Enrollment Plan Welcome Letter

Este guión debe usarse si la persona recibió una carta de bienvenida de un plan en el que no se inscribió.

Drug Coverage Cost Premium Payment Methods Withhold

Este guión debe usarse si la persona que llama desea saber sobre las formas en que puede pagar la prima.





Job Aid- Medicare Prescription Drug Coverage Scripts for Partners



Drug Coverage Cost Premium Withhold Delay

Este guión debe usarse si la persona que llama está teniendo problemas con la deducción de las primas de su plan de medicamentos.

Drug Coverage LIS Center for Extra Help Phone Calls

Este guión debe usarse si la persona que llama recibió una llamada telefónica de un representante del Centro para Ayuda Adicional con los Costos de Recetas Médicas de Medicare.

Drug Coverage LIS New York EPIC

Este guión explica que EPIC está pidiendo a algunos de sus miembros que proporcionen información personal a fin de que EPIC envíe una solicitud para la ayuda adicional.

Drug Coverage Complaints

Este guión se debe usar si la persona que llama tiene alguna queja sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas.

Drug Coverage TRICARE Veterans VA Disenrollments SEP

Este guión se debe usar si la persona que llama le indica que desea desafiliarse de un plan de Medicare para recetas médicas porque tiene TRICARE.

Drug Coverage Cost Coverage Gap Donut Hole

Este guión debe usarse si la persona que llama desea información sobre el período de “falta de cobertura”.



Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Medicare ofrece cobertura para recetas médicas a todas las personas que tienen la Parte A y/o la Parte B de Medicare. Puede obtener esta cobertura inscribiéndose en un plan de Medicare para recetas médicas durante el período de inscripción. Seguros y compañías privadas están trabajando con Medicare para ofrecerle opciones de planes de Medicare para recetas médicas en su área. Los planes pueden variar en cobertura, costos y farmacias participantes. Los planes de Medicare para recetas médicas cubren medicamentos de marca y genéricos. Si tiene ingresos y recursos limitados, podría calificar para la ayuda adicional con los costos de sus medicamentos de Medicare. La mayoría de personas que califican no tendrán que pagar las primas ni deducibles, y no más de \$5 por cada receta. La cantidad de ayuda adicional depende de los ingresos y recursos que usted tenga. Recuerde, todas las personas con Medicare son elegibles para la cobertura para recetas médicas, sin importar ingresos y recursos, estado de salud o costos actuales de medicamentos. Aunque ahora no tome muchos medicamentos ahora, aun debería inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Si no se inscribe en un plan de medicamentos cuando es elegible por primera vez, podría tener que pagar una penalidad. Igual que en otros seguros, esto significa que pagará una prima más alta por todo el tiempo que tenga la cobertura de Medicare para medicamentos. ¿Quiere saber si puede inscribirse en un plan ahora? **Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP. (El primer período de inscripción para los PDP fue del 15 de noviembre de 2005 al 15 de mayo del 2006.) ¿Quiere averiguar si califica para la ayuda adicional? **Drug Coverage LIS Extra Help Apply ¿Tiene los beneficios completos de Medicaid? **Drug Coverage LIS Medicaid Dual Eligible Spend Down ¿Tiene alguna otra cobertura de medicamentos ? **Drug Coverage and Other Coverage ¿Está inscrito en un plan Medicare Advantage? **Drug Coverage Medicare Advantage ¿Vive en alguno de los Territorios de los Estados Unidos? **Drug Coverage LIS Territories ¿Desea saber cómo inscribirse en un plan para recetas médicas? **Drug Coverage Enrollment How to Enroll ¿Desea comparar los planes de Medicare para recetas médicas en su área o ya está listo para inscribirse en un plan? **CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In	
Tips: TIP = Medicare prescription drug coverage works the same for Railroad Retirement Board (RRB) beneficiaries. Please do not refer callers to the Railroad Retirement Board for questions about Medicare prescription drug coverage. TIP = If your drug plan has any of your personal information incorrect, please contact the plan so they can correct their records. REFERRAL = SHIP only if the caller has received their plan information and needs help selecting the best plan. All other questions should be answered by the CSR and NOT referred to the SHIP. FULFILLMENT = Introducing Medicare's New Coverage for Prescription Drugs (11103) SCRIPT = Drug Coverage Enrollment How to Enroll SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply SCRIPT = Drug Coverage Covered and Excluded Drugs	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: **Use este guión antes de ingresar a la herramienta PDPF. Puede leer cualquier información que sea pertinente.**</p> <p>Puedo informarle sobre las opciones de planes disponibles y los costos directos de su bolsillo. Usted será quien decida cuál es el plan que responde mejor a sus necesidades.</p> <p>Si sabe en qué plan de Medicare para recetas médicas quiere inscribirse, puedo ayudarle a llenar la solicitud. **NOTA AL CSR: Verifique si el beneficiario está en un plan MA. Si lo está, LEA: Drug Coverage Medicare Advantage.**</p> <p>**Si la persona que llama ya se inscribió a través del OEC y desea saber sobre el estatus de su aplicación, haga clic aquí. (Login ID: cms_readonly, Password: admin_read)**</p> <p>SI LA PERSONA QUE LLAMA NO ES EL BENEFICIARIO: ¿Está ayudando a alguien con Medicare a completar y presentar una solicitud para inscribirse? Si responde "SÍ": Autentique en la herramienta PDPF. Si responde "NO": **Compare los planes o conteste otras preguntas.</p> <p>Para poder usar la herramienta, es necesario que me dé la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">• su número de Medicare,• su fecha de nacimiento,• la fecha en que comenzó su cobertura de la Parte A o B (indicada en su tarjeta de Medicare),• los nombres de sus medicamentos recetados,• la dosis de cada medicamento y• con qué frecuencia toma cada medicamento. <p>Si fue inscrito automáticamente y quiere cambiarse de plan, quizás necesite su número de Medicaid.</p> <p>Si la persona que llama no tiene los datos mencionados (incluyendo el HICN): En este momento, sólo puedo brindarle información general sobre sus opciones de planes Medicare para recetas médicas. Puedo darle los nombres de los planes ofrecidos en su área y la cantidad de los copagos. Si usted desea más información para su situación específica, puede volver a llamar más tarde.</p> <p>Con esta herramienta puedo informarle sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">• sus opciones de planes de Medicare para recetas médicas (hasta 3 planes),• las primas mensuales,• las cantidades del deducible y copagos,• los pedidos de medicamentos por correo y• las farmacias que pertenecen a la red del plan. <p>Si la herramienta PDPF muestra “plan desconocido”: **Debe obtener la información sobre el plan del rótulo "MA PDP" en NGD. Si el plan no aparece en la lista, LEA: Nuestros archivos no muestran que usted esté actualmente inscrito en un plan para recetas médicas. ¿Desea inscribirse en uno ahora?</p>	

<p>Tips: TIP = To access the PDPF tool, launch the POD in Print Fulfillment and click on "Prescription Drug Plan Finder." TIP = If the CSR version of the tool is down, use the public tool. SCRIPT = If both versions are down, read CS Drug Coverage CS Prescription Plan Finder PDPF OEC Down SCRIPT = Drug Coverage Overview SCRIPT = Drug Coverage Enrollment How to Enroll TIP = After using the tool, enter the confirmation number in the POD applet in the Print Fulfillment tab.</p>

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: **Use este guión si las versiones del CSR y pública de la herramienta PDPF no funcionan.** Lo siento, pero ahora no puedo ayudarle a escoger un plan. La herramienta de búsqueda no está funcionando en este momento. Por favor disculpe si esto le ocasiona un inconveniente. Sin embargo, puedo brindarle otra información sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas. ¿Quiere que le dé información general sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas? SI LA RESPUESTA ES "SÍ": Vaya al guión: Drug Coverage Overview ¿Tiene acceso a Internet? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LEA: Para comparar los planes de Medicare para recetas médicas puede ir al sitio Web Medicare.gov y hacer clic en el enlace de "Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas". A pesar de que la herramienta no está funcionando en este momento, usted podrá acceder a la información más tarde. SI LA RESPUESTA ES "NO": Por favor llámenos más tarde cuando podamos proporcionarle la ayuda que necesita. Si el Centro de Inscripción en Línea (OEC, por sus siglas en inglés) no funciona: Lo lamento. Hoy no puedo inscribirle en un plan de Medicare para recetas médicas. La herramienta de búsqueda no está funcionando en este momento. Sin embargo, puedo darle el número de teléfono del plan de medicamentos que le interesa y ellos le pueden ayudar a inscribirse. NOTA AL CSR: Déle a la persona que llama el teléfono que está en la herramienta PDPF.	

Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP (Spanish)

START » Use this script if caller wants to join, disenroll, or switch drug plans.

El primer período de inscripción para ingresar a un plan de Medicare para recetas médicas fue del 15 de noviembre al 15 de mayo de 2006. El período duró hasta el 30 de junio de 2006, si usted se estaba inscribiendo en un Plan Medicare Advantage.

En general, usted sólo puede hacer cambios en su cobertura de medicamentos durante el período de elección anual, que es del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. En algunos casos, quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas en otro momento.

¿Cumplió recién 65 años, o acaba de llegar a los 25 meses de incapacidad?

If YES, click on situation below depending on the caller.

If NO, [click here](#).

Esto quiere decir:

- [que su Medicare entrará en efecto en los próximos 3 meses](#), O
- [que su Medicare entró en efecto en los pasados 3 meses](#), O
- [que usted tiene 90 días a partir de la fecha en la que le notificaron que tiene derecho a Medicare. La fecha se encuentra en la carta que recibió de la Administración del Seguro Social \(SSA\).](#)

CSR NOTE: You can go to Beneficiaries tab to find the effective date of either Part A or Part B (whichever is **earlier**).

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque podría estar dentro del período de inscripción inicial. Este período comienza 3 meses antes del mes en que usted es elegible para Medicare y termina 3 meses después del mes en que usted es elegible para Medicare. (Son 7 meses en total.)

Si solicita inscribirse antes de que comience su Medicare, el plan de recetas médicas comenzará el mismo día que Medicare. Si solicita inscribirse después de que comience su Medicare, su plan comenzará el primer día del mes después de que su plan reciba la solicitud.

Si cambia de opinión, puede cambiar de planes o cancelar su inscripción **antes** de la fecha en que su plan tenga efecto. Una vez que su plan sea efectivo, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción para hacer cualquier cambio en su cobertura.

Yo puedo enviar su solicitud de inscripción. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción en el plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool.

[\(End\)](#)

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque no se inscribió durante su período de inscripción inicial. Podrían darle un período de inscripción especial que comienza el mes que fue notificado de que tiene derecho a Medicare y termina 2 meses después este mes. (El período dura 3 meses en total.)

Su plan comenzará el primer día del mes después de que su plan reciba la solicitud. La cobertura de recetas médicas no será retroactiva.

Si cambia de opinión, puede cambiar de planes o cancelar su inscripción antes de la fecha en que su plan tenga efecto. Una vez que su plan sea efectivo, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción para hacer cualquier cambio en su cobertura.

Yo puedo enviar su solicitud de inscripción. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción en el plan. Es posible que su plan se comuniquen con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool.

[\(End\)](#)

Si usted no califica para un período de inscripción especial, su próxima oportunidad de inscribirse, cambiar o darse de baja del plan será durante el período de elección anual - del 15 de noviembre al 31 de diciembre. La cobertura comenzará el 1ro de enero del siguiente año.

Quizás también pueda hacer un cambio adicional durante el período de inscripción abierta para

los Planes Medicare Advantage (del 1ro de enero al 31 de marzo). [Click here for more information](#). En 2006, el período de inscripción abierta para Medicare Advantage fue del 1ro de enero al 30 de junio.

READ: Le voy a leer una lista de las razones por las que pueden concederle un período de inscripción especial. Avíseme cuando escuche alguna que le corresponda.

Las razones son:

Click for more info about each

- [Tiene tanto Medicare como Medicaid \[dual eligible\] \(AND/OR the enrollment type in the MA PDP tab is "A"\).](#)
- [Recibe ayuda de su estado para pagar sus primas de Medicare. \(AND/OR the enrollment type in the MA PDP tab is "C"\).](#)
- [Recibe beneficios de SSI o le aprobaron la ayuda adicional \(AND the enrollment type in the MA PDP tab is "C"\).](#)
- [Recibe beneficios de SSI o le aprobaron la ayuda adicional \(AND the enrollment type in the MA PDP tab is "B"\).](#)
- [Recibe beneficios de SSI o le aprobaron la ayuda adicional \(AND there is no plan listed in the MA PDP tab\).](#)
- [Se muda fuera del área de servicio del plan.](#)
- [Ha salido, vive o se muda a un centro de cuidado a largo plazo \(LTC\).](#)
- [No tiene la Parte A y se inscribe en la Parte B durante el período de inscripción general \(de enero a marzo\). **Check Beneficiaries applet - there shouldn't be an effective date for Part A AND the effective date for Part B should be July 1. If both are true, click here. **](#)
- [Ha perdido involuntariamente su cobertura actual acreditable para recetas médicas.](#)
- [Se inscribe o se retira de un plan de salud grupal acreditable a través del empleador o sindicato, del programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales \(FEHB\) o COBRA.](#)
- [Se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas, pero después se enteró que tiene otra cobertura de medicamentos que es acreditable. Por esta razón, quiere darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas.](#)
- [Creyó que tenía otra cobertura de medicamentos que era acreditable, pero después se enteró que no es acreditable. Ahora quiere inscribirse en un plan de medicamentos.](#)
- [Se retira de un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos \(PACE\).](#)
- [Fue víctima del huracán Katrina, o del huracán Rita o Wilma.](#)
- [Está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica \(SPAP\). If caller doesn't](#)

know if they are in an SPAP, [click here](#).

- [Regresó recién o está regresando a vivir a los Estados Unidos y perdió su período de inscripción inicial.](#)
- [Estaba preso \(en la cárcel\), por eso perdió su período de inscripción inicial, y ahora quiere inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.](#)
- [Dejó una póliza Medigap para inscribirse por primera vez en un Plan Medicare Advantage. Ahora quiere regresar al Plan Original de Medicare y ha pasado menos de un año desde que se inscribió en el Plan Medicare Advantage.](#)
- [En los últimos 12 meses, se inscribió en un plan Medicare Advantage al cumplir los 65 años. Ahora quiere regresar al plan Original de Medicare.](#)
- [Usted tiene cobertura de TRICARE o VA y un plan de Medicare para recetas médicas, y quiere darse de baja del plan de medicamentos de Medicare. O, Usted tiene un plan de Medicare para recetas médicas y quiere darse de baja para inscribirse en TRICARE o en VA.](#)
- [Usted se inscribió en SCAN \(un plan MA-PDP\) y su fecha efectiva era entre el 1ro de marzo y el 1ro de julio de 2006. Tiene que vivir dentro de un área de 15 millas del Pomona Valley Medical Center, que está ubicado en el condado de Los Ángeles cerca del límite de los Condados de San Bernardino y Riverside.](#)

****If caller thinks s/he qualifies for a special enrollment period (based on the above reasons), you can use the PDPF tool to enroll the caller.****

****If above reasons don't apply, [click here](#) (for EE reason and AEP language).**

ADDITIONAL INFORMATION:

Quizás tenga que pagar una penalidad si no se inscribió en un plan para recetas médicas cuando fue elegible por primera vez, incluso si le dan un período de inscripción especial. [SEE SCRIPT CC Medicare Costs and Premiums (Drug Coverage Cost Late Penalty)]. **Si recibe la ayuda adicional, no tendrá que pagar ninguna penalidad.**

Generalmente, una vez que se inscribe, cambia o se da de baja del plan, su período de inscripción especial termina. Su solicitud de inscripción/desafiliación no está garantizada hasta que haya recibido una carta del plan. El plan verificará su elegibilidad para el período de inscripción especial.

Si se inscribe, cambia o se da de baja de plan pero cambia de idea antes de que el cambio tenga efecto, debe llamar a su plan para cancelar la solicitud de inscripción o desafiliación.

Del 1ro de enero al 31 de marzo (OEP), se puede hacer los siguientes cambios:

Si ya está inscrito en:	Podría inscribirse en:
un Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas	otro Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas o en el Plan Original de Medicare + Plan para Recetas Médicas
sólo en un plan Medicare Advantage	sólo en otro Plan Medicare Advantage o sólo en el Plan Original de Medicare
el Plan Original de Medicare + Plan para Recetas Médicas	un Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas
sólo en el Plan Original de Medicare	un Plan Medicare Advantage sin cobertura para recetas médicas

[\(End\)](#)

Medicare debía haberle escogido un plan. Usted puede inscribirse, cambiar o darse de baja en cualquier momento. La fecha efectiva será el primer día del mes después que el plan reciba la solicitud.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Si no se inscribió en un plan por su cuenta, Medicare le escogió uno. Le darán un período de inscripción especial para cambiar de planes una vez hasta el 31 de diciembre. La fecha efectiva será el primer día del mes después que el plan reciba su solicitud.

Recuerde que si desea cambiar de planes, simplemente debe inscribirse en otro. Si se da de baja o decide quedar fuera del plan ("opt out"), habrá usado una de sus oportunidades de cambiar de plan y tendrá que esperar hasta el próximo período de elección anual.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Como ya está inscrito en un plan que usted escogió, no le darán un período de inscripción especial.

Su próxima oportunidad de inscribirse será durante el período de elección anual (del 15 de noviembre al 31 de diciembre). La cobertura comenzará el 1ro de enero del año siguiente.

[\(End\)](#)

Le darán un período de inscripción especial para inscribirse en un plan para recetas médicas. Si no se inscribe en un plan por su cuenta, Medicare le escogerá un plan. Si Medicare le escoge un plan, le darán un período de inscripción especial para cambiar de planes una vez hasta el 31 de diciembre. La fecha efectiva será el primer día del mes después que el plan reciba su solicitud.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Usted debe notificarle a su plan actual que se está mudando. Puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas en su área tan pronto como el primer día del mes anterior a su mudanza. De esta forma, su nueva cobertura comenzará el primer día del mismo mes en el que se muda. O, puede inscribirse hasta dos meses después de que se haya mudado. Debe notificarle al plan que se está mudando. La fecha efectiva del nuevo plan será el primer día del mes después que el nuevo plan reciba su solicitud.

Este período de inscripción especial (SEP) le permitirá elegir entre las siguientes opciones, dependiendo del tipo de cobertura que tenga actualmente:

Cobertura actual:	Opciones en este SEP:
Plan Original de Medicare y un plan para recetas médicas (PDP)	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Original de Medicare y PDP - Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas (MA-PD) - Plan Original de Medicare
Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas (MA-PD)	<ul style="list-style-type: none"> - MA-PD - Plan Original de Medicare y PDP - Plan Original de Medicare - sólo el plan MA

Plan Medicare Advantage sin cobertura para recetas médicas (sólo el plan MA)	<ul style="list-style-type: none"> - sólo el plan MA - MA-PD (porque quizás no haya disponible sólo el plan MA en todas las áreas de servicio) - Plan Original de Medicare
Plan Original de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Original de Medicare

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Si ha ingresado o vive en un centro de cuidado a largo plazo, le darán un período de inscripción especial por el tiempo que permanezca en el centro. Una vez que se vaya del centro, le darán otro período de inscripción especial para cambiar de planes, que dura hasta 2 meses.

CSR NOTE: A long term care (LTC) facility provides care for residents who require some form of medical care. These include nursing homes (skilled intermediate care), psychiatric hospitals, rehabilitation hospitals, or long term care wings in community hospitals.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Como usted se inscribió en la Parte B durante el período de inscripción general (de enero a marzo), puede inscribirse en un plan para recetas médicas del 1ro de abril al 30 de junio. El plan comenzará el 1ro de julio.

READ if it is between April 1 and June 30:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. You should enter information in the CMS-only field to explain which SEP the beneficiary qualifies for.

[\(End\)](#)

El período de inscripción especial comienza el mes en que le informaron que perdió su cobertura acreditable y termina 60 días después de haberla perdido, o 60 días después de la notificación, lo que ocurra más tarde. Si pierde su cobertura por no haber pagado las primas, no le darán un período de inscripción especial.

La fecha efectiva de su inscripción en un plan para recetas médicas puede ser el primer día del próximo mes o usted puede elegir una fecha futura para que entre en efecto, pero la fecha no puede ser más de dos meses después de que termina el período de inscripción especial.

CSR NOTE: Creditable drug coverage is coverage that is at least as good as the standard Medicare prescription drug plan.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

-
- Le darán un período de inscripción especial si se inscribe en un plan de grupo del empleador o sindicato, FEHB o COBRA, y desea darse de baja de su plan de Medicare para recetas médicas. Esta cobertura debe ser acreditable, para que usted sea elegible para el período de inscripción especial.
 - Le darán un período de inscripción especial si desea inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque se retira de su plan de grupo del empleador o sindicato, FEHB o COBRA. Esta cobertura debe ser acreditable, para que usted sea elegible para el período de inscripción especial.

El período de inscripción especial dura por 3 meses, después del mes en que hizo la solicitud para inscribirse o retirarse del plan de salud grupal del empleador o sindicato, FEHB o COBRA.

READ:

Based on the information you provided, you may be able to join, switch, or disenroll from a Medicare drug plan because you may be eligible for a special enrollment period. I can submit an enrollment application or disenrollment request. Please keep in mind that it is up to the plan to verify your information and work with Medicare to confirm your enrollment or disenrollment. Your plan may contact you for more information.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Como su otra cobertura de medicamentos se considera acreditable, le darán un período de inscripción especial para darse de baja de su plan de Medicare para recetas médicas.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda darse de baja del plan de

Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Como su otra cobertura de medicamentos no se considera acreditable, le darán un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comuniquen con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. You should enter information in the CMS-only field to explain which SEP the beneficiary qualifies for.

[\(End\)](#)

Si se da de baja de un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE), tiene hasta 2 meses para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Si fue víctima del huracán Katrina, o del huracán Rita o Wilma, quizás le den un período de inscripción especial (SEP) para que pueda inscribirse o cambiar de plan de recetas médicas de Medicare, en cualquier momento hasta el 31 de diciembre de 2006. Usted es elegible para este período de inscripción especial (SEP) si vivía en una parroquia o condado que fue nombrado por

la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) como zona elegible para "asistencia individual" durante el huracán. Puede utilizar este período de inscripción especial incluso si temporalmente se ha mudado a otra zona.

****CSR NOTE:** See "Hurricane Katrina Rita Wilma Parishes Zip Codes SEP" in Reference Materials for a list of the counties/parishes. **

Para ser elegible para el período de inscripción especial (SEP), se le pedirá un comprobante, como la licencia de conducir o una cuenta (de luz, gas, etc.), para demostrar que vivía en una de las zonas afectadas por el huracán. Si no tiene alguno de estos comprobantes, el plan de recetas médicas aceptará como válida su declaración donde indica que vivía en una de estas zonas.

No tendrá que pagar ninguna penalidad si se inscribe en un plan antes del 31 de diciembre de 2006.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

¿Cuál es el nombre del programa en el que está?

CSR NOTE: Go to "State Pharmacy Assistance Programs (SPAP) and Part D" in Reference Materials to see if that program is on the list of SPAPs.

If it is, [click here](#).

If it is not, [click here](#).

Read only if the caller is enrolled in an SPAP

If in a plan, READ:

Como su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) le inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas, puede cambiar o darse de baja de un plan una vez antes de fin de año.

CSR NOTE: If caller wants to switch plans, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

If not in a plan, READ:

A usted le darán un período de inscripción especial para inscribirse en un plan para recetas médicas.

CSR NOTE: If caller wants to join a plan, use the PDPF tool.

CSR NOTE: Access "State Pharmacy Assistance Programs (SPAP) and Part D" in Reference Materials to verify that an organization is a SPAP. The document also contains which SPAPs enrolled their beneficiaries and when this occurred.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de

inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

[\(End\)](#)

Como usted no fue elegible para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas durante su período de inscripción inicial (o desde el 15 de noviembre de 2005 hasta el 15 de mayo de 2006), tal vez ahora pueda inscribirse en un plan. El período de inscripción comienza 3 meses antes del mes en que usted sea elegible para recibir la cobertura de Medicare para recetas médicas y termina 3 meses después del mes en que sea elegible para esta cobertura. Usted es elegible para la cobertura de recetas médicas de Medicare cuando regresa a vivir al país.

CSR NOTE: This also applies to people that were out of the country and were not able to enroll on or before May 15.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. You should enter information in the CMS-only field to explain which SEP the beneficiary qualifies for.

[\(End\)](#)

Como usted no fue elegible para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas durante su período de inscripción inicial (o desde el 15 de noviembre de 2005 hasta el 15 de mayo de 2006), tal vez ahora pueda inscribirse en un plan. El período de inscripción comienza 3 meses antes del mes en que usted sea elegible para recibir la cobertura de Medicare para recetas médicas y termina 3 meses después del mes en que sea elegible para esta cobertura. Usted es elegible para la cobertura de recetas médicas de Medicare cuando ya no está en la cárcel.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. You should enter information in the CMS-only field to explain which SEP the beneficiary qualifies for.

[\(End\)](#)

CSR NOTE: Check the MA PDP tab to see what type of Medicare Advantage plan the caller is in and if the effective date is less than a year from today's date.

Is the effective date of the MA plan or the MA PDP plan less than one year from today?

[YES](#) / [NO](#)

Which type of plan is the caller in:

[Medicare Advantage Plan \(with NO drug coverage\)](#)

[Medicare Advantage Prescription Drug Plan](#)

Basándome en la información que ha dado, usted podría ser elegible para un período de inscripción especial, para dejar su Plan Medicare Advantage y regresar al Plan Original de Medicare. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

Si quiere inscribirse en un plan para recetas médicas, tendrá que esperar hasta el período de elección anual (del 15 de noviembre al 31 de diciembre).

CSR NOTE: If caller wants to switch to Original Medicare, transfer to a Tier 2. If you are a Tier 2, use "Disenrollment Process" script.

[\(End\)](#)

Basándome en la información que ha dado, usted podría ser elegible para un período de inscripción especial, para dejar su Plan Medicare Advantage y regresar al Plan Original de Medicare e inscribirse en un plan para recetas médicas. Yo puedo enviar su solicitud para que se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to switch to Original Medicare and a prescription drug plan, use the PDPF tool. When the caller joins a prescription drug plan, it will automatically disenroll them from the Medicare Advantage Plan and return them to Original Medicare.

[\(End\)](#)

-
- Si tiene cobertura de TRICARE o VA y un plan de Medicare para recetas médicas, usted es elegible para un período de inscripción especial para darse de baja de su plan de medicamentos de Medicare.

En el caso de TRICARE, esto permitirá que TRICARE vuelva a ser la cobertura primaria.

- Si tiene un plan de Medicare para recetas médicas y quiere inscribirse en TRICARE o en VA, usted es elegible para un período de inscripción especial para darse de baja de su plan de medicamentos de Medicare.

****CSR NOTE:** If caller wants to disenroll, check the MA PDP tab. Is the caller deemed or LIS-approved?

YES: Tier 1 transfer to a Tier 2. Tier 2 should disenroll and opt out the beneficiary.

NO: Tier 1 transfer to a Tier 2. Tier 2 should disenroll the beneficiary.

For more information, READ SCRIPT = Drug Coverage TRICARE Veteran VA Disenrollments SEP

[\(End\)](#)

Si usted se inscribió en SCAN (un plan MA-PDP) y su fecha efectiva era entre el 1ro de marzo y el 1ro de julio de 2006, podrían darle un período de inscripción especial para inscribirse en otro MA-PDP o PDP hasta el 30 de noviembre de 2006.

Para que le otorguen este período de inscripción especial, usted tiene que vivir dentro de un

área de 15 millas del Pomona Valley Medical Center, que está ubicado en el condado de Los Ángeles cerca del límite de los Condados de San Bernardino y Riverside.

Usted debería haber recibido una carta (enviada por correo el 13 de septiembre de 2006) explicándole que podría haber recibido información incorrecta sobre la red hospitalaria de SCAN. Por esta razón, usted califica para un período de inscripción especial para cambiar de planes, hasta el 30 de noviembre de 2006.

Si se inscribe en otro plan llamando al nuevo plan:

Tendrá que entregarle una copia de esta carta al nuevo plan en el que quiere inscribirse. Entonces, ellos podrán documentar que usted es elegible para este período de inscripción especial.

Yo puedo ayudarle a inscribirse en otro plan ahora mismo:

Después de que yo haga su inscripción, el nuevo plan se comunicará con usted para determinar si es elegible para el período de inscripción especial. Es posible que le pidan una copia de la carta que usted recibió.

****CSR NOTE:** You should choose the "Other" SEP category when you enroll the caller using the PDPF tool.**

REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage SEP Letter to SCAN Members who Enrolled under False Pretenses

[\(End\)](#)

ASK: ¿Por qué se pasó de la fecha del período de inscripción? (IEP, AEP, SEP)

DO NOT READ THE FOLLOWING TO THE CALLER

CSR NOTE:

- If the caller enrolled directly with the drug plan and the plan has no record of the enrollment, OR
- If the caller received a letter stating that they were disenrolled and this is an error (for example: the letter says that they lost Part A and/or Part B OR there is a date of death on file) These should be regular complaints. **Do not log them as an Enrollment Exception (EE)**. Go to the PDP Regional Office Referral.

The only reasons that will allow for an exception are:

- A serious medical emergency, such as an unexpected hospitalization that caused a person to miss enrolling in a drug plan during an enrollment period (IEP, AEP, SEP). **CSR NOTE: The beneficiary has to be in the hospital for the majority of the enrollment period (IEP, AEP, SEP). (This is for the Regional Office to decide after the EE is submitted.)**
- The caller elected Medicare hospice coverage and was in hospice care for the majority of the enrollment period (IEP, AEP, SEP). Therefore, s/he wasn't able to enroll in a Medicare drug plan.
- The caller was misled into joining one type of plan when they thought they were joining

another type of drug plan. (For example: The caller joined a Medicare Advantage Prescription Drug Plan, thinking that it was a Prescription Drug Plan. Or the caller joined a Medigap plan thinking it was a Prescription Drug Plan, or the caller joined a Prescription Drug Plan thinking it was a Medigap plan.)

Examples that would NOT ALLOW for an exception (**if caller falls into one of these categories, DO NOT file an EE**):

- Unsuccessful attempt to call 1-800-MEDICARE or the drug plan
- Bad weather
- Home computer crashed
- Caller thought the drug discount card lasted longer, so they didn't enroll in a drug plan
- Caller thought the drug discount card was creditable, so they didn't enroll in a drug plan
- Caller didn't know about the Medicare drug coverage
- Power or phone failure that prevented enrollment
- A mailed enrollment form returned as undeliverable on or after the end of the enrollment period
- Caller called Medicare and didn't receive a call back.
- Caller just started taking prescriptions and wants to join a drug plan.
- Caller just changed prescriptions and wants to join or switch plans.

Does the caller get an exception based on one of the THREE reasons above?

[YES](#) / [NO](#)

****CSR NOTE:** Call the Help Queue. You should remain in queue until an actual agent is reached. DO NOT perform a blind transfer. If it is truly an EE, the Help Queue will take ownership of the call and file the EE. If it is not an EE, the Help Queue will tell you how to handle the call. **

****DO NOT FILE AN EE FOR ANY REASON. The Help Queue will be the only ones filing EEs. ****

If the caller needs to wait for the AEP, [click here](#) for the language.

If you are a **Help Queue agent** and you need language to read about filing the EE, [click here](#).

[\(End\)](#)

Lo siento, pero la fecha límite para inscribirse ya ha pasado. Su próxima oportunidad de inscribirse será durante el período de elección anual (del 15 de noviembre al 31 de diciembre). La cobertura comenzará el 1ro de enero del año siguiente.

****If the caller feels strongly about joining a drug plan now, please use your soft skills to explain that they have to wait.****

[\(End\)](#)

****Only read this section if you are a Help Queue agent.****

Enviaré su solicitud a la Oficina Regional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para su estado. Ellos decidirán si usted aún puede inscribirse.

CSR NOTE: Do not enroll the caller in a drug plan. Go to the PDP Regional Office Referral in the Surveys tab. Choose "EE (Enrollment Exceptions)" in the Complaint Plan Name drop down menu.

[\(End\)](#)

Por favor recuerde que si desea cambiar de planes, simplemente debe inscribirse en otro plan. Esto le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

Si cambia de planes, puede usar el plan que tenía antes hasta que comience su nuevo plan. Todos los gastos directos de su bolsillo (incluido el deducible) que ya pagó se transferirán a su nuevo plan.

CSR NOTE:

- If caller wants to switch plans, use the PDPF tool.
- If caller wants to disenroll (and the beneficiary is present or caller can attest to legally representing the beneficiary), Tier 1 transfer to Tier 2. Tier 2 use "Disenrollment Process" script.

[\(End\)](#)

Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP (Spanish)

START » Use this script if caller wants to join, disenroll, or switch drug plans.

El primer período de inscripción para ingresar a un plan de Medicare para recetas médicas fue del 15 de noviembre al 15 de mayo de 2006. El período duró hasta el 30 de junio de 2006, si usted se estaba inscribiendo en un Plan Medicare Advantage.

En general, usted sólo puede hacer cambios en su cobertura de medicamentos durante el período de elección anual, que es del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. En algunos casos, quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas en otro momento.

¿Cumplió recién 65 años, o acaba de llegar a los 25 meses de incapacidad?

If YES, click on situation below depending on the caller.

If NO, [click here](#).

Esto quiere decir:

- [que su Medicare entrará en efecto en los próximos 3 meses](#),
- [que su Medicare entró en efecto en los pasados 3 meses](#),
- [que usted tiene 90 días a partir de la fecha en la que le notificaron que tiene derecho a Medicare. La fecha se encuentra en la carta que recibió de la Administración del Seguro Social \(SSA\).](#)

CSR NOTE: You can go to Beneficiaries tab to find the effective date of either Part A or Part B (whichever is **earlier**).

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque podría estar dentro del período de inscripción inicial. Este período comienza 3 meses antes del mes en que usted es elegible para Medicare y termina 3 meses después del mes en que usted es elegible para Medicare. (Son 7 meses en total.)

Si solicita inscribirse antes de que comience su Medicare, el plan de recetas médicas comenzará el mismo día que Medicare. Si solicita inscribirse después de que comience su Medicare, su plan comenzará el primer día del mes después de que su plan reciba la solicitud.

Si cambia de opinión, puede cambiar de planes o cancelar su inscripción **antes** de la fecha en que su plan tenga efecto. Una vez que su plan sea efectivo, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción para hacer cualquier cambio en su cobertura.

Yo puedo enviar su solicitud de inscripción. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción en el plan. Es posible que su plan se comuniquen con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool.

[\(End\)](#)

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque no se inscribió durante su período de inscripción inicial. Podrían darle un período de inscripción especial que comienza el mes que fue notificado de que tiene derecho a Medicare y termina 2 meses después este mes. (El período dura 3 meses en total.)

Su plan comenzará el primer día del mes después de que su plan reciba la solicitud. La cobertura de recetas médicas no será retroactiva.

Si cambia de opinión, puede cambiar de planes o cancelar su inscripción antes de la fecha en que su plan tenga efecto. Una vez que su plan sea efectivo, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción para hacer cualquier cambio en su cobertura.

Yo puedo enviar su solicitud de inscripción. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción en el plan. Es posible que su plan se comuniquen con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool.

[\(End\)](#)

Si usted no califica para un período de inscripción especial, su próxima oportunidad de inscribirse, cambiar o darse de baja del plan será durante el período de elección anual - del 15 de noviembre al 31 de diciembre. La cobertura comenzará el 1ro de enero del siguiente año.

Quizás también pueda hacer un cambio adicional durante el período de inscripción abierta para

los Planes Medicare Advantage (del 1ro de enero al 31 de marzo). [Click here for more information](#). En 2006, el período de inscripción abierta para Medicare Advantage fue del 1ro de enero al 30 de junio.

READ: Le voy a leer una lista de las razones por las que pueden concederle un período de inscripción especial. Avíseme cuando escuche alguna que le corresponda.

Las razones son:

****Click for more info about each****

- [Tiene tanto Medicare como Medicaid \[dual eligible\] \(AND/OR the enrollment type in the MA PDP tab is "A"\).](#)
- [Recibe ayuda de su estado para pagar sus primas de Medicare. \(AND/OR the enrollment type in the MA PDP tab is "C"\).](#)
- [Recibe beneficios de SSI o le aprobaron la ayuda adicional \(AND the enrollment type in the MA PDP tab is "C"\).](#)
- [Recibe beneficios de SSI o le aprobaron la ayuda adicional \(AND the enrollment type in the MA PDP tab is "B"\).](#)
- [Recibe beneficios de SSI o le aprobaron la ayuda adicional \(AND there is no plan listed in the MA PDP tab\).](#)
- [Se muda fuera del área de servicio del plan.](#)
- [Ha salido, vive o se muda a un centro de cuidado a largo plazo \(LTC\).](#)
- [No tiene la Parte A y se inscribe en la Parte B durante el período de inscripción general \(de enero a marzo\). **Check Beneficiaries applet - there shouldn't be an effective date for Part A AND the effective date for Part B should be July 1. If both are true, click here. **](#)
- [Ha perdido involuntariamente su cobertura actual acreditable para recetas médicas.](#)
- [Se inscribe o se retira de un plan de salud grupal acreditable a través del empleador o sindicato, del programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales \(FEHB\) o COBRA.](#)
- [Se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas, pero después se enteró que tiene otra cobertura de medicamentos que es acreditable. Por esta razón, quiere darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas.](#)
- [Creyó que tenía otra cobertura de medicamentos que era acreditable, pero después se enteró que no es acreditable. Ahora quiere inscribirse en un plan de medicamentos.](#)
- [Se retira de un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos \(PACE\).](#)
- [Fue víctima del huracán Katrina, o del huracán Rita o Wilma.](#)
- [Está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica \(SPAP\). If caller doesn't](#)

know if they are in an SPAP, [click here](#).

- [Regresó recién o está regresando a vivir a los Estados Unidos y perdió su período de inscripción inicial.](#)
- [Estaba preso \(en la cárcel\), por eso perdió su período de inscripción inicial, y ahora quiere inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.](#)
- [Dejó una póliza Medigap para inscribirse por primera vez en un Plan Medicare Advantage. Ahora quiere regresar al Plan Original de Medicare y ha pasado menos de un año desde que se inscribió en el Plan Medicare Advantage.](#)
- [En los últimos 12 meses, se inscribió en un plan Medicare Advantage al cumplir los 65 años. Ahora quiere regresar al plan Original de Medicare.](#)
- [Usted tiene cobertura de TRICARE o VA y un plan de Medicare para recetas médicas, y quiere darse de baja del plan de medicamentos de Medicare. O, Usted tiene un plan de Medicare para recetas médicas y quiere darse de baja para inscribirse en TRICARE o en VA.](#)
- [Usted se inscribió en SCAN \(un plan MA-PDP\) y su fecha efectiva era entre el 1ro de marzo y el 1ro de julio de 2006. Tiene que vivir dentro de un área de 15 millas del Pomona Valley Medical Center, que está ubicado en el condado de Los Ángeles cerca del límite de los Condados de San Bernardino y Riverside.](#)

****If caller thinks s/he qualifies for a special enrollment period (based on the above reasons), you can use the PDPF tool to enroll the caller.****

****If above reasons don't apply, [click here](#) (for EE reason and AEP language).**

ADDITIONAL INFORMATION:

Quizás tenga que pagar una penalidad si no se inscribió en un plan para recetas médicas cuando fue elegible por primera vez, incluso si le dan un período de inscripción especial. [SEE SCRIPT CC Medicare Costs and Premiums (Drug Coverage Cost Late Penalty)]. **Si recibe la ayuda adicional, no tendrá que pagar ninguna penalidad.**

Generalmente, una vez que se inscribe, cambia o se da de baja del plan, su período de inscripción especial termina. Su solicitud de inscripción/desafiliación no está garantizada hasta que haya recibido una carta del plan. El plan verificará su elegibilidad para el período de inscripción especial.

Si se inscribe, cambia o se da de baja de plan pero cambia de idea antes de que el cambio tenga efecto, debe llamar a su plan para cancelar la solicitud de inscripción o desafiliación.

Del 1ro de enero al 31 de marzo (OEP), se puede hacer los siguientes cambios:

Si ya está inscrito en:	Podría inscribirse en:
un Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas	otro Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas o en el Plan Original de Medicare + Plan para Recetas Médicas
sólo en un plan Medicare Advantage	sólo en otro Plan Medicare Advantage o sólo en el Plan Original de Medicare
el Plan Original de Medicare + Plan para Recetas Médicas	un Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas
sólo en el Plan Original de Medicare	un Plan Medicare Advantage sin cobertura para recetas médicas

[\(End\)](#)

Medicare debía haberle escogido un plan. Usted puede inscribirse, cambiar o darse de baja en cualquier momento. La fecha efectiva será el primer día del mes después que el plan reciba la solicitud.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Si no se inscribió en un plan por su cuenta, Medicare le escogió uno. Le darán un período de inscripción especial para cambiar de planes una vez hasta el 31 de diciembre. La fecha efectiva será el primer día del mes después que el plan reciba su solicitud.

Recuerde que si desea cambiar de planes, simplemente debe inscribirse en otro. Si se da de baja o decide quedar fuera del plan ("opt out"), habrá usado una de sus oportunidades de cambiar de plan y tendrá que esperar hasta el próximo período de elección anual.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Como ya está inscrito en un plan que usted escogió, no le darán un período de inscripción especial.

Su próxima oportunidad de inscribirse será durante el período de elección anual (del 15 de noviembre al 31 de diciembre). La cobertura comenzará el 1ro de enero del año siguiente.

[\(End\)](#)

Le darán un período de inscripción especial para inscribirse en un plan para recetas médicas. Si no se inscribe en un plan por su cuenta, Medicare le escogerá un plan. Si Medicare le escoge un plan, le darán un período de inscripción especial para cambiar de planes una vez hasta el 31 de diciembre. La fecha efectiva será el primer día del mes después que el plan reciba su solicitud.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Usted debe notificarle a su plan actual que se está mudando. Puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas en su área tan pronto como el primer día del mes anterior a su mudanza. De esta forma, su nueva cobertura comenzará el primer día del mismo mes en el que se muda. O, puede inscribirse hasta dos meses después de que se haya mudado. Debe notificarle al plan que se está mudando. La fecha efectiva del nuevo plan será el primer día del mes después que el nuevo plan reciba su solicitud.

Este período de inscripción especial (SEP) le permitirá elegir entre las siguientes opciones, dependiendo del tipo de cobertura que tenga actualmente:

Cobertura actual:	Opciones en este SEP:
Plan Original de Medicare y un plan para recetas médicas (PDP)	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Original de Medicare y PDP - Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas (MA-PD) - Plan Original de Medicare
Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas (MA-PD)	<ul style="list-style-type: none"> - MA-PD - Plan Original de Medicare y PDP - Plan Original de Medicare - sólo el plan MA

Plan Medicare Advantage sin cobertura para recetas médicas (sólo el plan MA)	<ul style="list-style-type: none"> - sólo el plan MA - MA-PD (porque quizás no haya disponible sólo el plan MA en todas las áreas de servicio) - Plan Original de Medicare
Plan Original de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Original de Medicare

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Si ha ingresado o vive en un centro de cuidado a largo plazo, le darán un período de inscripción especial por el tiempo que permanezca en el centro. Una vez que se vaya del centro, le darán otro período de inscripción especial para cambiar de planes, que dura hasta 2 meses.

CSR NOTE: A long term care (LTC) facility provides care for residents who require some form of medical care. These include nursing homes (skilled intermediate care), psychiatric hospitals, rehabilitation hospitals, or long term care wings in community hospitals.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Como usted se inscribió en la Parte B durante el período de inscripción general (de enero a marzo), puede inscribirse en un plan para recetas médicas del 1ro de abril al 30 de junio. El plan comenzará el 1ro de julio.

READ if it is between April 1 and June 30:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. You should enter information in the CMS-only field to explain which SEP the beneficiary qualifies for.

[\(End\)](#)

El período de inscripción especial comienza el mes en que le informaron que perdió su cobertura acreditable y termina 60 días después de haberla perdido, o 60 días después de la notificación, lo que ocurra más tarde. Si pierde su cobertura por no haber pagado las primas, no le darán un período de inscripción especial.

La fecha efectiva de su inscripción en un plan para recetas médicas puede ser el primer día del próximo mes o usted puede elegir una fecha futura para que entre en efecto, pero la fecha no puede ser más de dos meses después de que termina el período de inscripción especial.

CSR NOTE: Creditable drug coverage is coverage that is at least as good as the standard Medicare prescription drug plan.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

-
- Le darán un período de inscripción especial si se inscribe en un plan de grupo del empleador o sindicato, FEHB o COBRA, y desea darse de baja de su plan de Medicare para recetas médicas. Esta cobertura debe ser acreditable, para que usted sea elegible para el período de inscripción especial.
 - Le darán un período de inscripción especial si desea inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque se retira de su plan de grupo del empleador o sindicato, FEHB o COBRA. Esta cobertura debe ser acreditable, para que usted sea elegible para el período de inscripción especial.

El período de inscripción especial dura por 3 meses, después del mes en que hizo la solicitud para inscribirse o retirarse del plan de salud grupal del empleador o sindicato, FEHB o COBRA.

READ:

Based on the information you provided, you may be able to join, switch, or disenroll from a Medicare drug plan because you may be eligible for a special enrollment period. I can submit an enrollment application or disenrollment request. Please keep in mind that it is up to the plan to verify your information and work with Medicare to confirm your enrollment or disenrollment. Your plan may contact you for more information.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Como su otra cobertura de medicamentos se considera acreditable, le darán un período de inscripción especial para darse de baja de su plan de Medicare para recetas médicas.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda darse de baja del plan de

Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Como su otra cobertura de medicamentos no se considera acreditable, le darán un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comuniquen con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. You should enter information in the CMS-only field to explain which SEP the beneficiary qualifies for.

[\(End\)](#)

Si se da de baja de un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE), tiene hasta 2 meses para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

Si fue víctima del huracán Katrina, o del huracán Rita o Wilma, quizás le den un período de inscripción especial (SEP) para que pueda inscribirse o cambiar de plan de recetas médicas de Medicare, en cualquier momento hasta el 31 de diciembre de 2006. Usted es elegible para este período de inscripción especial (SEP) si vivía en una parroquia o condado que fue nombrado por

la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) como zona elegible para "asistencia individual" durante el huracán. Puede utilizar este período de inscripción especial incluso si temporalmente se ha mudado a otra zona.

****CSR NOTE:** See "Hurricane Katrina Rita Wilma Parishes Zip Codes SEP" in Reference Materials for a list of the counties/parishes. **

Para ser elegible para el período de inscripción especial (SEP), se le pedirá un comprobante, como la licencia de conducir o una cuenta (de luz, gas, etc.), para demostrar que vivía en una de las zonas afectadas por el huracán. Si no tiene alguno de estos comprobantes, el plan de recetas médicas aceptará como válida su declaración donde indica que vivía en una de estas zonas.

No tendrá que pagar ninguna penalidad si se inscribe en un plan antes del 31 de diciembre de 2006.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

[\(End\)](#)

¿Cuál es el nombre del programa en el que está?

CSR NOTE: Go to "State Pharmacy Assistance Programs (SPAP) and Part D" in Reference Materials to see if that program is on the list of SPAPs.

If it is, [click here](#).

If it is not, [click here](#).

****Read only if the caller is enrolled in an SPAP****

If in a plan, READ:

Como su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) le inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas, puede cambiar o darse de baja de un plan una vez antes de fin de año.

CSR NOTE: If caller wants to switch plans, use the PDPF tool. If caller wants to disenroll, [click here](#).

If not in a plan, READ:

A usted le darán un período de inscripción especial para inscribirse en un plan para recetas médicas.

CSR NOTE: If caller wants to join a plan, use the PDPF tool.

****CSR NOTE:** Access "State Pharmacy Assistance Programs (SPAP) and Part D" in Reference Materials to verify that an organization is a SPAP. The document also contains which SPAPs enrolled their beneficiaries and when this occurred.**

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse, cambiar o darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de

inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción o de desafiliación. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción o desafiliación del plan. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

[\(End\)](#)

Como usted no fue elegible para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas durante su período de inscripción inicial (o desde el 15 de noviembre de 2005 hasta el 15 de mayo de 2006), tal vez ahora pueda inscribirse en un plan. El período de inscripción comienza 3 meses antes del mes en que usted sea elegible para recibir la cobertura de Medicare para recetas médicas y termina 3 meses después del mes en que sea elegible para esta cobertura. Usted es elegible para la cobertura de recetas médicas de Medicare cuando regresa a vivir al país.

CSR NOTE: This also applies to people that were out of the country and were not able to enroll on or before May 15.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. You should enter information in the CMS-only field to explain which SEP the beneficiary qualifies for.

[\(End\)](#)

Como usted no fue elegible para inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas durante su período de inscripción inicial (o desde el 15 de noviembre de 2005 hasta el 15 de mayo de 2006), tal vez ahora pueda inscribirse en un plan. El período de inscripción comienza 3 meses antes del mes en que usted sea elegible para recibir la cobertura de Medicare para recetas médicas y termina 3 meses después del mes en que sea elegible para esta cobertura. Usted es elegible para la cobertura de recetas médicas de Medicare cuando ya no está en la cárcel.

READ:

Basándome en la información que ha dado, usted quizás pueda inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas porque podría ser elegible para un período de inscripción especial. Yo puedo enviar su solicitud de inscripción. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to enroll, use the PDPF tool. You should enter information in the CMS-only field to explain which SEP the beneficiary qualifies for.

[\(End\)](#)

CSR NOTE: Check the MA PDP tab to see what type of Medicare Advantage plan the caller is in and if the effective date is less than a year from today's date.

Is the effective date of the MA plan or the MA PDP plan less than one year from today?
[YES](#) / [NO](#)

Which type of plan is the caller in:

[Medicare Advantage Plan \(with NO drug coverage\)](#)

[Medicare Advantage Prescription Drug Plan](#)

Basándome en la información que ha dado, usted podría ser elegible para un período de inscripción especial, para dejar su Plan Medicare Advantage y regresar al Plan Original de Medicare. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

Si quiere inscribirse en un plan para recetas médicas, tendrá que esperar hasta el período de elección anual (del 15 de noviembre al 31 de diciembre).

CSR NOTE: If caller wants to switch to Original Medicare, transfer to a Tier 2. If you are a Tier 2, use "Disenrollment Process" script.

[\(End\)](#)

Basándome en la información que ha dado, usted podría ser elegible para un período de inscripción especial, para dejar su Plan Medicare Advantage y regresar al Plan Original de Medicare e inscribirse en un plan para recetas médicas. Yo puedo enviar su solicitud para que se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas. Por favor tenga en cuenta que es decisión del plan verificar su información y trabajar con Medicare para confirmar su inscripción. Es posible que su plan se comunique con usted para más información.

CSR NOTE: If caller wants to switch to Original Medicare and a prescription drug plan, use the PDPF tool. When the caller joins a prescription drug plan, it will automatically disenroll them from the Medicare Advantage Plan and return them to Original Medicare.

[\(End\)](#)

-
- Si tiene cobertura de TRICARE o VA y un plan de Medicare para recetas médicas, usted es elegible para un período de inscripción especial para darse de baja de su plan de medicamentos de Medicare.

En el caso de TRICARE, esto permitirá que TRICARE vuelva a ser la cobertura primaria.

- Si tiene un plan de Medicare para recetas médicas y quiere inscribirse en TRICARE o en VA, usted es elegible para un período de inscripción especial para darse de baja de su plan de medicamentos de Medicare.

****CSR NOTE:** If caller wants to disenroll, check the MA PDP tab. Is the caller deemed or LIS-approved?

YES: Tier 1 transfer to a Tier 2. Tier 2 should disenroll and opt out the beneficiary.

NO: Tier 1 transfer to a Tier 2. Tier 2 should disenroll the beneficiary.

For more information, READ SCRIPT = Drug Coverage TRICARE Veteran VA Disenrollments SEP

[\(End\)](#)

Si usted se inscribió en SCAN (un plan MA-PDP) y su fecha efectiva era entre el 1ro de marzo y el 1ro de julio de 2006, podrían darle un período de inscripción especial para inscribirse en otro MA-PDP o PDP hasta el 30 de noviembre de 2006.

Para que le otorguen este período de inscripción especial, usted tiene que vivir dentro de un

área de 15 millas del Pomona Valley Medical Center, que está ubicado en el condado de Los Ángeles cerca del límite de los Condados de San Bernardino y Riverside.

Usted debería haber recibido una carta (enviada por correo el 13 de septiembre de 2006) explicándole que podría haber recibido información incorrecta sobre la red hospitalaria de SCAN. Por esta razón, usted califica para un período de inscripción especial para cambiar de planes, hasta el 30 de noviembre de 2006.

Si se inscribe en otro plan llamando al nuevo plan:

Tendrá que entregarle una copia de esta carta al nuevo plan en el que quiere inscribirse. Entonces, ellos podrán documentar que usted es elegible para este período de inscripción especial.

Yo puedo ayudarle a inscribirse en otro plan ahora mismo:

Después de que yo haga su inscripción, el nuevo plan se comunicará con usted para determinar si es elegible para el período de inscripción especial. Es posible que le pidan una copia de la carta que usted recibió.

****CSR NOTE:** You should choose the "Other" SEP category when you enroll the caller using the PDPF tool.**

REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage SEP Letter to SCAN Members who Enrolled under False Pretenses

[\(End\)](#)

ASK: ¿Por qué se pasó de la fecha límite del 15 de mayo?

DO NOT READ THE FOLLOWING TO THE CALLER

CSR NOTE:

- If the caller enrolled directly with the drug plan and the plan has no record of the enrollment, OR
- If the caller received a letter stating that they were disenrolled and this is an error (for example: the letter says that they lost Part A and/or Part B OR there is a date of death on file) These should be regular complaints. **Do not log them as an Enrollment Exception (EE)**. Go to the PDP Regional Office Referral.

The only reasons that will allow for an exception are:

- A serious medical emergency, such as an unexpected hospitalization that caused a person to miss enrolling in a drug plan during an enrollment period. ****CSR NOTE:** The beneficiary doesn't have to be out for the **entire** enrollment period. At a minimum, they had to be hospitalized on May 15, 2006.**
- The caller was misled into joining one type of plan when they thought they were joining another type of drug plan. (For example: The caller joined a Medicare Advantage Prescription Drug Plan, thinking that it was a Prescription Drug Plan. Or the caller joined a Medigap plan thinking it was a Prescription Drug Plan.)

Examples that would NOT ALLOW for an exception (**if caller falls into one of these categories, DO NOT file an EE**):

- Unsuccessful attempt to call 1-800-MEDICARE or the drug plan
- Bad weather
- Home computer crashed
- Caller thought the drug discount card lasted longer, so they didn't enroll in a drug plan
- Caller thought the drug discount card was creditable, so they didn't enroll in a drug plan
- Caller didn't know about the Medicare drug coverage
- Power or phone failure on May 15 that prevented enrollment
- A mailed enrollment form returned as undeliverable on or after May 15
- Caller called Medicare on May 15 and didn't receive a call back.
- Caller just started taking prescriptions and wants to join a drug plan.
- Caller just changed prescriptions and wants to join or switch plans.

Does the caller get an exception based on one of the TWO reasons above?

[YES](#) / [NO](#)

****CSR NOTE:** Call the Help Queue. You should remain in queue until an actual agent is reached. DO NOT perform a blind transfer. If it is truly an EE, the Help Queue will take ownership of the call and file the EE. If it is not an EE, the Help Queue will tell you how to handle the call. **

****DO NOT FILE AN EE FOR ANY REASON. The Help Queue will be the only ones filing EEs. ****

If the caller needs to wait for the AEP, [click here](#) for the language.

If you are a **Help Queue agent** and you need language to read about filing the EE, [click here](#).

[\(End\)](#)

Lo siento, pero la fecha límite para inscribirse ya ha pasado. Su próxima oportunidad de inscribirse será durante el período de elección anual (del 15 de noviembre al 31 de diciembre). La cobertura comenzará el 1ro de enero del año siguiente.

****If the caller feels strongly about joining a drug plan now, please use your soft skills to explain that they have to wait.****

[\(End\)](#)

**** Only read this section if you are a Help Queue agent. ****

Enviaré su solicitud a la Oficina Regional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para su estado. Ellos decidirán si usted aún puede inscribirse.

CSR NOTE: Do not enroll the caller in a drug plan. Go to the PDP Regional Office Referral in the Surveys tab. Choose "EE (Enrollment Exceptions)" in the Complaint Plan Name drop down menu.

[\(End\)](#)

Por favor recuerde que si desea cambiar de planes, simplemente debe inscribirse en otro plan. Esto le dará de baja automáticamente de su antiguo plan.

Si cambia de planes, puede usar el plan que tenía antes hasta que comience su nuevo plan. Todos los gastos directos de su bolsillo (incluido el deducible) que ya pagó se transferirán a su nuevo plan.

CSR NOTE:

- If caller wants to switch plans, use the PDPF tool.
- If caller wants to disenroll (and the beneficiary is present or caller can attest to legally representing the beneficiary), Tier 1 transfer to Tier 2. Tier 2 use "Disenrollment Process" script.

[\(End\)](#)

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Su cobertura de Medicaid para recetas médicas ha cambiado. Casi todas sus recetas médicas están ahora cubiertas por un plan de Medicare para recetas médicas en lugar de Medicaid. Medicaid seguirá pagando sus otros gastos médicos. Si tiene Medicare y Medicaid y aún no se ha inscrito en un plan de Medicare para recetas médicas, Medicare escogerá un plan para usted. Es muy importante que vea si el plan en el que le inscribió Medicare cubre los medicamentos que usted usa. También debe verificar si puede ir a las farmacias que usted prefiere. Recuerde que la cobertura de medicamentos varía de acuerdo al plan. Si el plan que Medicare le escogió no responde a sus necesidades, puede cambiarse de plan. La persona que llama tiene Medicare y se vuelve elegible para Medicaid: Usted será inscrito/a automáticamente en un plan para medicamentos, que comenzará el primer día del mes después de que comenzó su cobertura de Medicaid . Podrá cambiarse de plan en cualquier momento. La persona que llama tiene Medicaid y se vuelve elegible para Medicare: Usted será inscrito/a automáticamente en un plan para medicamentos, que comenzará el primer día del mes en que comenzó su cobertura de Medicare . Podrá cambiarse de plan en cualquier momento. La persona que llama recibe Medicaid a través de obligación de pago ("spend down"): Si usted califica para Medicaid como resultado de llegar al límite de obligación de pago ("spend down") de su estado, automáticamente recibirá ayuda adicional para pagar por la cobertura de Medicare para recetas médicas. Medicare le enviará un aviso indicándole que califica automáticamente para esta ayuda. Una vez que califique para la ayuda adicional, seguirá siendo elegible durante el resto del año. La persona que llama pregunta por qué ahora tiene que hacer un copago si no lo hacía bajo Medicaid: La cobertura de Medicare para recetas médicas tiene un estándar nacional. Le provee las mismas protecciones que usted espera de Medicare. Medicaid varía de estado a estado y puede ser afectado por los presupuestos estatales. Esto significa que algunos estados podrían limitar sus costos compartidos y algunos estados podrían reducir o limitar su cobertura para medicamentos. Medicare tiene las mismas reglas para todos los planes del país. Tips: REFERRAL = State Medicaid Office, if caller <ul style="list-style-type: none">• is unsure whether they have Medicaid.• states they have Medicaid, but NGD doesn't show deemed status. SCRIPT = Drug Coverage LIS Medicaid Plan Unknown, if beneficiary wants to join a plan now, has Medicaid and NGD does not show deemed status. TIP = If caller lost or never got the auto-enrollment letter, you can tell them what plan they are in by going to the MA PDP tab in the Beneficiaries applet. SCRIPT = Drug Coverage LIS Mailings, if caller lost or never got the auto-enrollment letter and wants another copy. SCRIPT = CS Long Term Care LTC, if caller lives in a LTC facility, assisted living facility, or some other type of nursing home. FULFILLMENT = Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs for people with Medicare and Medicaid (11106) REFERENCE MATERIAL = "State Part D Copayment for Full Dual Eligibles" for a list of states that are providing co-payment assistance to Full Benefit Dual Eligibles. REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Medicaid Spend Down	

Drug Coverage and Other Coverage **(Spanish)**

START » **CSR NOTE: Use this script if the caller wants to know how their other coverage will work with the Medicare drug coverage.**

¿Qué tipo de cobertura tiene?

CHAMPVA	Discounts through Drug Manufacturers or a non-Medicare Drug Discount Card
Employer/Union - General Information	Employer/Union - Extra Help (LIS)
Employer/Union - Creditable Coverage Information	Federal Employee Health Benefits (FEHB)
Indian Health Services	Medicare-approved drug discount cards
Medigap	Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)
Patient Assistance Program (PAP)	State Pharmacy Assistance Program (SPAP)
Supplemental Health Insurance (not Medigap)	TRICARE
Veterans Benefits Administration	

Drug Coverage CHAMPVA

[TOP](#)[BACK](#)

La inscripción en un plan de Medicare para recetas médicas es siempre su decisión. Usted no está obligado a inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas; es opcional. Si tiene CHAMPVA y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, Medicare será el pagador primario y CHAMPVA el secundario. Esto significa que Medicare pagará primero y CHAMPVA reembolsará su copago hasta el 75% de la cantidad autorizada por CHAMPVA para los medicamentos cubiertos. Usted será el responsable de pagar los costos que no estén cubiertos por ninguno de estos programas.

La cobertura para recetas médicas de CHAMPVA se considera acreditable, lo que quiere decir que es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas. Esto significa que si usted decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez, no tendrá que pagar una penalidad por inscribirse tarde. Usted debe inscribirse durante un período de inscripción válido.

Si tiene ingresos y recursos limitados, tal vez pueda calificar para recibir ayuda adicional con los costos de su plan de Medicare para recetas médicas. Si piensa que califica, debe solicitar la ayuda adicional e inscribirse en uno de estos planes de Medicare. Puede quedarse también con su cobertura de CHAMPVA como pagador secundario.

Si está inscrito en el programa Meds by Mail de CHAMPVA y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, **ya no será elegible para Meds by Mail**. Esto se debe a que Meds by Mail es sólo para aquellos que no tienen otro tipo de cobertura de

medicamentos.

Para más información, puede llamar a CHAMPVA al 1-800-733-8387 o visitar www.va.gov/hac en la Internet.

TIP BOX:

REFERRAL = CHAMPVA at 1-800-733-8387 or www.va.gov/hac
SCRIPT = CHAMPVA

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Discounts through Drug Manufacturers or a non-Medicare Drug Discount Card

[TOP](#)[BACK](#)

Usted puede usar una tarjeta de descuento u otro descuento de la farmacia mientras se encuentre en el período de falta de cobertura. En algunos casos, una farmacia de la red podría aceptar una tarjeta de descuento u ofrecerle otro tipo de descuento de precio, de manera que usted pueda pagar menos por una receta que el precio negociado por su plan. Usted debe informarle al farmacéutico que está dentro del período sin cobertura de su plan. Si obtiene algún tipo de descuento con el cual pague menos que el precio de su plan, tendrá que enviar su recibo a su plan de Medicare para recetas médicas. Esto garantizará que su plan cuente la cantidad que pagó hacia los costos directos de su bolsillo.

Por ejemplo:

La Sra. García se encuentra en el período de falta de cobertura; por lo tanto, tiene que pagar el monto total de su receta. El plan generalmente le cobra \$100 (el precio negociado) por el medicamento que necesita, pero la Sra. García se enteró de que, usando una tarjeta de descuento, podría conseguirlo por \$95. Si la Sra. García usa la tarjeta de su plan de Medicare para recetas médicas, pagará \$100. Si en lugar de esa tarjeta usa la tarjeta de ahorros de la farmacia, pagará \$95. La Sra. García aprovecha ese precio más bajo y luego envía su recibo al plan de recetas médicas. Su plan cuenta los \$95 hacia el total de costos directos de su bolsillo y el total de gastos en medicamentos, bajo el plan.

ADDITIONAL INFORMATION:

Estos programas y/o tarjetas **no afectarán** su cobertura de Medicare.

****CSR NOTE:** If caller gets information saying that their Medicare coverage will be affected, this is considered fraud. READ Drug Coverage Complaints (in the PDP Regional Office Referral).**

TIP BOX:

REFERRAL = Medicare drug plan

Drug Coverage Employer Retiree

[TOP](#)[BACK](#)

Su actual o antiguo empleador o sindicato debió haberle enviado información explicándole cómo se compara su actual cobertura con la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas. Esta información es importante porque podría afectar la decisión que usted debe tomar sobre si va a inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas. No tome ninguna decisión hasta que haya revisado esta información. Si no recibió información de su empleador o sindicato, debe comunicarse con su administrador de beneficios.

Su actual o antiguo empleador o sindicato debe enviarle esta información:

1. Antes del 15 de noviembre de cada año.
2. Antes del Período de Inscripción Inicial para Medicare.
3. Si ya tiene Medicare y se inscribe en un plan del empleador o sindicato
4. Si su cobertura para medicamentos del empleador o sindicato termina.
5. Si su cobertura para medicamentos del empleador o sindicato cambia de tal manera que ya no es tan buena o se vuelve tan buena como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas.
6. Cuando usted lo solicite.

Subsidio de Medicamentos para Jubilados

Medicare está ofreciendo ayuda a empleadores y sindicatos para que sigan brindando cobertura para recetas médicas de alta calidad. Si su empleador o sindicato lo están reclamando para el subsidio de jubilados, debe hablar primero con su administrador de beneficios antes de hacer algún cambio a su cobertura actual. Si trata de inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, su administrador de beneficios y/o el plan de Medicare para recetas médicas podría comunicarse con usted para confirmar lo que escogió.

Tal vez no pueda tener la cobertura de recetas médicas de Medicare y la cobertura de medicamentos de empleador/jubilado si su empleador lo está reclamando para el subsidio de medicamentos de jubilados. Su empleador es responsable de explicarle cómo funciona su cobertura con la de Medicare.

(Para ver si un empleador o sindicato está reclamando al que llama para el subsidio de jubilados: Vaya al rótulo MA PDP y coteje el "Employer Subsidy Indicator".)

Ford, General Motors, Chrysler

Si recibió una carta de Ford, General Motors o Chrysler indicando que la cobertura de su empleador está terminando debido a que se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas: Esta carta le fue enviada por error. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) están investigando este problema y se comunicarán con su empleador. **CSR NOTE: Complete the PDP Regional Office Referral.

**

TIP BOX:

TIP = The same rules apply if you are covered under someone else's current or former employer or union insurance (for example, a spouse's or parent's).

FULFILLMENT = Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs for people who have Coverage from an employer or union (11107)

REFERENCE MATERIAL = Employer Union Creditable Coverage Model Language

REFERENCE MATERIAL = Employer Union Non-creditable Coverage Model Language

SCRIPT = [Drug Coverage Employer Retiree Creditable Non-creditable](#)

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage LIS Employer Retiree

[TOP](#)

[BACK](#)

Lea si la persona que llama tiene cobertura de medicamentos a través de su empleador o sindicato y además recibirá la ayuda adicional:

Hable con el administrador de beneficios del seguro de su empleador o sindicato. Puede que no necesite las dos coberturas, la del plan de Medicare para recetas médicas y su cobertura actual de medicamentos. Compare los costos de su cobertura actual y los que tendría con un plan de Medicare para recetas médicas más la ayuda adicional. **Si deja su cobertura actual del empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarla.**

Lea también si la persona que llama tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid:

Si no se inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas por su cuenta, Medicare lo inscribió en un plan, aun si usted también tiene cobertura de medicamentos a través de un plan de su empleador, sindicato, TRICARE, VA o FEHB.

Si **no desea** que le inscriban en un plan de Medicare para recetas médicas, debe rechazar la cobertura para evitar que se le inscriba automáticamente en otro plan.

Si **desea** que le inscriban en un plan de Medicare para recetas médicas, tiene que ver cómo afectará su cobertura actual. En algunos casos, las normas de los empleadores o sindicatos indican que usted no puede tener **los dos**, el plan para recetas médicas de Medicare y el de su empleador/sindicato. **Podrían cancelar su cobertura actual que le cubre a usted y a sus dependientes.** Es importante que hable con el administrador de beneficios de su seguro actual antes de tomar una decisión.

Si la persona que llama recibe ayuda estatal para pagar sus primas, recibe el beneficio de SSI o ha solicitado la ayuda adicional y se la aprobaron:

LEA: "Drug Coverage LIS Auto Facilitated Enrollment How to Enroll" para información sobre el proceso facilitado de inscripción.

NO se le inscribirá automáticamente en un plan de Medicare para recetas médicas si su empleador o sindicato está solicitando por usted el subsidio de jubilado. (Medicare ofrece este subsidio a los empleadores y sindicatos para que sigan brindando cobertura de recetas médicas de alta calidad.)

TIP BOX:

SCRIPT = Disenrollment Probing Questions Drug Coverage, if caller wants to decline the coverage (opt out).

TIP = To see if an employer or union is claiming the caller for the retiree drug subsidy: Go to the MA PDP tab in NGD and check the Employer Subsidy Indicator.

TRANSFER = Tier 2, if caller wants to opt out.

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage Employer Retiree Creditable Non-creditable

[TOP](#)

[BACK](#)

Si la cobertura actual de su empleador o sindicato **es por lo menos tan buena** como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas (esto se llama cobertura acreditable de recetas médicas):

- Puede quedarse con la cobertura que tiene mientras la ofrezcan.
Y
- No tendrá que pagar una penalidad si usted deja o pierde su cobertura. Si pierde la cobertura involuntariamente, debe inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas dentro de los 63 días de terminada la cobertura. Si decide dejar la cobertura, debe inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas dentro de los 3 meses de haber dejado la cobertura.

Guarde la copia del aviso que indica que usted tiene cobertura acreditable. Si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez, necesitará proveer una copia como prueba. Tal vez su plan se comunique con usted pidiendo más información. Ellos determinarán si usted ha tenido continuamente cobertura

acreditable de recetas médicas y enviarán esta información a Medicare.

Si la cobertura actual de su empleador o sindicato **no es por lo menos tan buena** como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas (no acreditable), tal vez pueda:

- Quedarse con el plan actual de medicamentos de su empleador o sindicato e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas que le ofrezca una cobertura más completa.
- Quedarse sólo con el plan actual de medicamentos de su empleador o sindicato. Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez, tendrá que pagar una penalidad.
- Dejar su cobertura actual e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas o en un Plan Medicare Advantage con cobertura de recetas médicas.

Si deja la cobertura de su empleador o sindicato, **quizás no pueda** recuperarla. Tal vez tampoco pueda dejar la cobertura **de medicamentos** de su empleador o sindicato sin dejar también su cobertura **de salud**.

En algunos casos, las normas de los empleadores o sindicatos indican que usted no puede tener **los dos**, un plan para recetas médicas de Medicare y el plan de su empleador/ sindicato. Podrían cancelar su cobertura actual que le cubre a usted y a sus dependientes.

Debe hablar con su administrador de beneficios sobre todas sus opciones.

Si usted tiene cobertura COBRA, debe comunicarse con su administrador de beneficios para averiguar si la cobertura es acreditable.

Si la persona que llama no recibió el aviso de cobertura acreditable:

Debe pedir por escrito a su empleador o sindicato una copia del aviso de cobertura acreditable. Debe hacerlo mediante correo certificado o registrado. Guarde una copia de la carta para sus archivos.

**Si la persona que llama no recibió una respuesta después de su solicitud escrita, envíe ("escalate") la llamada al Centro de Referencia.

TIP BOX:

TIP = The same rules apply if you are covered under someone else's current or former employer or union insurance (for example, a spouse's or parent's).

FULFILLMENT = Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs for people who have coverage from an employer or union (11107)

REFERENCE MATERIAL = Employer Union Creditable Coverage Model Language

REFERENCE MATERIAL = Employer Union Non-creditable Coverage Model Language

TIP = You may not be able to have both Medicare drug coverage and employer/retiree drug coverage if your employer is claiming you for

the retiree drug subsidy. Your employer is responsible for telling you how their coverage works with Medicare.

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage Veterans VA

[TOP](#)[BACK](#)

Si usted recibe los beneficios de salud de VA, su cobertura no cambiará. Si decide que la cobertura de medicamentos de VA responde a sus necesidades, puede escoger no inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Puede quedarse con su cobertura actual.

En casi todos los casos será mejor que se quede con la cobertura que tiene sin hacer ningún cambio. Una excepción es si usted califica para recibir la ayuda adicional de Medicare. Podría beneficiarse solicitando esta ayuda adicional.

La cobertura de VA para recetas médicas es considerada acreditable, lo que quiere decir que es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas. Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez, no tendrá que pagar una penalidad por inscribirse tarde si se inscribe dentro de los 63 días de haber perdido involuntariamente su cobertura de VA. Si no **pierde** su cobertura y quiere inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, debe esperar hasta el próximo período de inscripción válido. Usted no tendrá que pagar una penalidad por inscribirse tarde.

Si tiene la cobertura de VA y decide darse de baja de su plan de Medicare para recetas médicas, le darán un período de inscripción especial para hacerlo.

Comuníquese con su centro local de VA antes de hacer cualquier cambio en su cobertura de recetas médicas.

INFORMACIÓN ADICIONAL

En base a los medicamentos que necesita, usted puede escoger tener **ambas**, la cobertura de VA y de Medicare para recetas médicas.

Si está pensando en inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas y tiene beneficios de VA, debe tener en cuenta:

- **Dónde vive:**
Podría beneficiarse con la cobertura de Medicare para recetas médicas si está en un asilo de ancianos que no le permite usar sus beneficios actuales de VA para medicamentos. También quizás quiera la cobertura de Medicare para recetas médicas si vive lejos de un centro de VA.
- **Dónde quiere comprar sus medicamentos:**
En la mayoría de los casos, con la cobertura de VA para medicamentos, usted debe comprar sus medicamentos en una farmacia de VA o pedirlos por correo. Si prefiere

comprar sus recetas de las farmacias locales, entonces quizás deba considerar un plan de Medicare para recetas médicas.

TIP BOX:

SCRIPT = [Drug Coverage LIS Employer Retiree](#), if caller got an auto enrollment letter.

WEB = www.va.gov/healtheligibility

REFERRAL = VA Health Benefits Service Center: 1-877-222-8387

SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply

SCRIPT = Drug Coverage TRICARE Veteran VA Disenrollments SEP

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage TRICARE

[TOP](#)[BACK](#)

Si usted recibe los beneficios de salud de TRICARE, su cobertura no cambiará. Si decide que la cobertura de medicamentos de TRICARE responde a sus necesidades, puede escoger no inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Puede quedarse con su cobertura actual.

En casi todos los casos será mejor que se quede con la cobertura que tiene sin hacer ningún cambio. Una excepción es si usted califica para recibir la ayuda adicional de Medicare. Podría beneficiarse solicitando esta ayuda adicional.

La cobertura de TRICARE para recetas médicas es considerada acreditable, lo que quiere decir que es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas. Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez, no tendrá que pagar una penalidad por inscribirse tarde si se inscribe dentro de los 63 días de haber perdido involuntariamente su cobertura de TRICARE. Si no **pierde** su cobertura y quiere inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, debe esperar hasta el próximo período de inscripción válido. Usted no tendrá que pagar una penalidad por inscribirse tarde.

Si tiene la cobertura de TRICARE y decide darse de baja de su plan de Medicare para recetas médicas, le darán un período de inscripción especial para hacerlo.

Comuníquese con TRICARE antes de hacer cualquier cambio en su cobertura de recetas médicas.

INFORMACIÓN ADICIONAL

A pesar de que puede tener TRICARE y un plan de Medicare para recetas médicas, el plan de Medicare siempre pagará primero por sus medicamentos cubiertos por Medicare. Luego, TRICARE pagará por los medicamentos cubiertos por TRICARE. Por favor comuníquese con el Programa de Farmacia de TRICARE para más información.

****CSR NOTE:** If caller has TRICARE and joined a Medicare drug plan, it caused TRICARE to become secondary. If caller wants to disenroll so that TRICARE is primary again, READ **Drug Coverage TRICARE Veteran VA Disenrollments SEP.****

TIP BOX:

SCRIPT = [Drug Coverage LIS Employer Retiree](#), if caller got an auto enrollment letter.

REFERRAL = TRICARE: 1-888-363-5433

REFERRAL = To use the TRICARE Mail Order Program, call 1-866-363-8667 or for the TRICARE Retail Network Pharmacy Program, call 1-866-363-8779.

REFERENCE MATERIAL = TRICARE Prescription Drug Creditable Coverage Letter

SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage Federal FEHB

[TOP](#)[BACK](#)

Si usted recibe los Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, por sus siglas en inglés), su cobertura no cambiará. Si decide que la cobertura de medicamentos de sus Beneficios de Salud para Empleados Federales responde a sus necesidades, puede escoger no inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Puede quedarse con su cobertura actual.

En casi todos los casos será mejor que se quede con la cobertura que tiene sin hacer ningún cambio. Una excepción es si usted califica para recibir la ayuda adicional de Medicare. Podría beneficiarse solicitando esta ayuda adicional.

La cobertura para recetas médicas de sus Beneficios de Salud para Empleados Federales es considerada acreditable, lo que quiere decir que es por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas. Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez, no tendrá que pagar una penalidad por inscribirse tarde si se inscribe dentro de los 63 días de haber perdido involuntariamente la cobertura de sus Beneficios de Salud para Empleados Federales. Si decide dejar la cobertura, debe inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas dentro de los 3 meses de haber dejado la cobertura. Si usted **no pierde ni deja** su cobertura, y quiere inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, debe esperar hasta el próximo período de inscripción válido. Usted no tendrá que pagar una penalidad por inscribirse tarde.

Comuníquese con su asegurador de Beneficios de Salud para Empleados Federales antes de hacer cualquier cambio en su cobertura de recetas médicas.

TIP BOX:

SCRIPT = [Drug Coverage LIS Employer Retiree](#), if caller got an auto enrollment letter.

REFERRAL = Federal Employee Health Benefits (FEHB) insurer: 1-888-767-6738

SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply

END

[TOP](#)[BACK](#)

Drug Coverage Indian Health

[TOP](#)

[BACK](#)

****Utilice si la persona que llama es un indígena americano o nativo de Alaska Y recibe los beneficios del Programa de Salud para Indígenas.**

Muchas farmacias del servicio de salud para indígenas ofrecen planes de Medicare para recetas médicas. Usted y su proveedor de servicios de salud para indígenas se beneficiarán si escoge uno de estos planes. Usted continuará recibiendo sus medicamentos del modo en que lo hace actualmente. Sin embargo, su proveedor de servicios de salud para indígenas ahorrará dinero y tal vez pueda aumentar los servicios para su comunidad, porque Medicare le pagará a la farmacia por sus medicamentos.

Puede averiguar cuáles planes de Medicare para recetas médicas trabajan con su farmacia, llamando a su farmacia o, si lo desea, yo puedo ayudarle ahora.*

Podría recibir ayuda para pagar por las primas, coseguro y deducible de su plan de Medicare para recetas médicas:

- Cada Programa de Salud para Indígenas tiene normas diferentes. Comuníquese con su programa local.
- Tal vez sea elegible para la ayuda adicional. Comuníquese con su proveedor de salud o con la Administración del Seguro Social.

Si tiene Medicare y Medicaid, será inscrito automáticamente en un plan de Medicare para recetas médicas. Recibirá una carta indicándole el nombre del plan que Medicare escogió para usted. Debe llamar a su proveedor de servicios de salud para indígenas o a Medicare para asegurarse si su proveedor participa en el plan de Medicare para recetas médicas. Si no participa, tendrá que escoger otro plan.

La cobertura de recetas médicas del Servicio de Salud para Indígenas, Tribus, Organizaciones Tribales o el Programa de Salud para Indígenas Urbano (I/T/U) es **por lo menos tan buena como** la cobertura estándar de Medicare (cobertura de recetas médicas acreditable). Su proveedor de servicios de salud para indígenas le enviará una carta indicándole que su cobertura es por lo menos tan buena como la de Medicare. Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez, guarde esta carta y muéstresela a su plan para evitar que le cobren la penalidad por inscribirse tarde. Usted debe inscribirse durante un período de inscripción válido.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para escoger un plan, comuníquese con su proveedor local de servicios de salud para indígenas.

TIP BOX:

*TIP = Access the PDPF tool and find a plan that contracts with the caller's network pharmacy.

SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In

TIP = **Also use this script if caller identifies themselves in the following way: Indian, Native American, Indian elder, Indian Health Service, Tribe, Tribal member, Tribal health, or by a specific Tribe.**

REFERRAL = The Indian Health Service (IHS) is a federal agency under the Department of Health and Human Services that provides health care for American Indians and Alaska Natives. See Reference Materials document for contact information.

REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage - Indian Health Services Area Office Points of Contact

REFERRAL = SSA

SCRIPT = Drug Coverage LIS Auto Facilitated Enrollment How to Enroll, if caller wants more information on choosing another plan if

they were automatically enrolled.

SCRIPT = Drug Coverage Overview

SCRIPT = Drug Coverage Enrollment How to Enroll

SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Medicare-approved drug discount cards

[TOP](#)[BACK](#)

Can I still enroll in a Medicare-approved drug discount card?

La inscripción en las tarjetas de descuento para recetas médicas aprobadas por Medicare terminó el 31 de diciembre del 2005.

Can I still use my card?

Las tarjetas de descuento para recetas médicas se ofrecieron para ayudarle a ahorrar dinero en los costos de sus medicamentos recetados hasta que estuviera disponible la cobertura de Medicare para recetas médicas. El programa de tarjetas de descuento terminó el 15 de mayo del 2006. Esto quiere decir que ya no podrá usar la tarjeta de descuento para recetas médicas aprobada por Medicare ni lo que le haya quedado del crédito.

What if I didn't join a Medicare drug plan yet?

La tarjeta de descuento para recetas médicas aprobada por Medicare no se consideraba como cobertura acreditable. Si usted no inscribió en un plan de Medicare para recetas médicas, tendrá que esperar hasta el próximo período de elección anual (del 15 de noviembre al 31 de diciembre) para inscribirse en un plan, a menos que califique para un período de inscripción especial.

TIP BOX:

TIP = If caller has a specific issue or complaint about the drug discount card program, escalate the call to the Reference Center (1-800 CSRs only).

SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP

END

[TOP](#)[BACK](#)

Medigap

[TOP](#)

[BACK](#)

¿Cubre su póliza Medigap las recetas médicas? (en otras palabras, ¿tiene usted alguno de los planes estandarizados de Medigap H, I o J, o alguno de los que no son estandarizados que incluya cobertura de medicamentos?)

Si responde "SÍ", LEA: Usted no puede tener cobertura de medicamentos de ambos, tanto una póliza Medigap como un plan de Medicare para recetas médicas. En general, usted ahorrará dinero y obtendrá mejor cobertura con el nuevo plan de Medicare para recetas

médicas. La cobertura de Medicare nunca se terminará si sus gastos en medicamentos son altos.

Su plan Medigap debería haberle enviado información que le explica cómo su cobertura actual se compara con la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas. No tome ninguna decisión hasta que lea esta información. Si no la recibió, debe llamar a su plan Medigap.

Si su plan Medigap le ha dicho que su cobertura actual, **en promedio, es por lo menos tan buena** como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas (cobertura acreditable de recetas médicas):

- Puede quedarse con la cobertura que tiene mientras la ofrezca su plan Medigap.
Y
- No tendrá que pagar una penalidad si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez. Debe inscribirse en un plan de Medicare dentro de los 63 días de terminada su cobertura de Medigap.

Si su plan Medigap le ha dicho que su cobertura actual, **en promedio, no es por lo menos tan buena** como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas (no acreditable):

- Puede inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Necesitará informarle a su plan Medigap para que retire la parte de cobertura de medicamentos de su póliza Medigap. Usted no podrá volver a recuperarla. También se podrá cambiar a una póliza Medigap que no cubra recetas médicas.
O
- Puede decidir quedarse con la cobertura de Medigap para recetas médicas y no inscribirse en uno de los planes de Medicare. Sin embargo, si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas después de ser elegible por primera vez, tendrá que esperar hasta el próximo período de elección anual y pagar una prima más alta.

Si responde "NO", LEA: Usted podrá quedarse con su póliza Medigap y adquirir un plan de Medicare para recetas médicas.

TIP BOX:

SCRIPT = Mgp Plan Opt Standardized Policies A - J, if caller wants to know how to join a Medigap plan or if they can still sign up for a Medigap plan that covers prescription drugs.

FULFILLMENT = Choosing A Medigap Policy: A Guide to Health Insurance for People with Medicare (02110)

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage PACE

[TOP](#)

[BACK](#)

CSR NOTE: If caller asks about PACENET (for the state of Pennsylvania), this is a SPAP. Please [click here](#).

CSR NOTE: If caller lives in Pennsylvania and received a letter stating that they were being auto-enrolled by PACE or PACENET, [click here](#).

Si está inscrito en un Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) y desea quedarse en su plan de PACE con cobertura de recetas médicas,

no tiene que hacer nada para continuar recibiendo su cobertura para medicamentos a través de PACE, como lo está haciendo ahora. Su plan de PACE incluirá automáticamente la cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si se inscribe **por separado** en un plan de Medicare para recetas médicas, será dado de baja de su plan de PACE. Recuerde que su programa de PACE no sólo le brinda cobertura de recetas médicas sino también todos los servicios médicos. Esto significa que si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas por separado, ya no recibirá otros servicios de atención médica de su plan de PACE.

Si actualmente está en un plan de PACE y quiere cambiar a un plan de Medicare para recetas médicas diferente, debe inscribirse en uno de estos planes dentro de los 63 días de la fecha en que se dio de baja de PACE si no quiere pagar una penalidad. Recuerde que si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas por separado, ya no recibirá otros servicios de salud de su plan de PACE.

Si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas pero más tarde decide inscribirse en PACE, puede darse de baja del Plan de Medicare para Recetas Médicas y cambiarse a un plan de PACE en cualquier momento, siempre y cuando usted califique para el beneficio de PACE.

Si permanece en su plan de PACE y **tiene Medicare pero no tiene Medicaid**, pagará una prima mensual separada por su cobertura de Medicare para recetas médicas, así como otra prima por todos los otros servicios que recibe a través de PACE. Usted podría calificar para la ayuda adicional de Medicare con los costos de sus recetas médicas dependiendo de sus ingresos y recursos.

Si permanece en su plan de PACE y tiene **Medicare y Medicaid**, no tiene que hacer nada. Usted seguirá recibiendo sus medicamentos como lo hace hasta ahora sin ningún gasto directo de su bolsillo. Usted califica automáticamente para la ayuda adicional para pagar por la cobertura de Medicare para recetas médicas.

TIP BOX:

TIP = If you have questions about the Medicare prescription drug coverage or would like help completing an application for extra help paying for Medicare prescription drug coverage, talk to your social worker or any other staff person at your PACE organization.

SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply

SCRIPT = CC Medicare Costs and Premiums (Drug Coverage Cost Late Penalty)

SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP

PACE/PACENET Auto Enrollment into Medicare Drug Plans

[TOP](#)

[BACK](#)

PACE ("Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly") y PACENET ("PACE Needs Enhancement Tier") están inscribiendo a sus miembros en planes de Medicare para recetas médicas. PACE y PACENET trabajarán estrechamente con Medicare para que usted pueda obtener la cobertura de los dos programas.

Estos programas combinados se llamarán "PACE Plus Medicare". Usted tendrá la misma cobertura que ahora y, además, beneficios adicionales a través de la cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si desea información sobre cómo trabajarán PACE y PACENET con la cobertura de medicamentos de Medicare, puede llamar al 1-800-225-7223.

TIP BOX:

REFERENCE MATERIAL = PACE and Medicare Drug Coverage
Assignment Letter

REFERENCE MATERIAL = PACENET and Medicare Drug Coverage
Assignment Letter

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Patient Assistance Program (PAP)

[TOP](#)

[BACK](#)

Los pagos que haga su Programas de Ayuda a Pacientes (PAP, por sus siglas en inglés) podrían o no contar para los gastos reales de su bolsillo (TROOP). Debe llamar a su PAP y averiguar cómo trabajará con los planes de Medicare para recetas médicas.

Si la persona que llama indica que su PAP está por terminar: Medicare no está forzando al programa a terminar sus servicios, pero Medicare no puede exigirle al PAP que siga brindando cobertura si decide no hacerlo.

END

State Pharmacy Assistance Program (SPAP)

[TOP](#)

[BACK](#)

CSR NOTE: If caller lives in Pennsylvania and received a letter stating that they were being auto-enrolled by PACE or PACENET, [click here](#).

Cada estado que tiene un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica decidirá cómo trabajará su programa con la cobertura de Medicare para recetas médicas.

- Algunos estados podrían elegir dar cobertura adicional cuando usted se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas para ayudarle con los gastos directos de su bolsillo.
- Algunos estados podrían tener un programa estatal aparte, que le ayude con las recetas médicas.

Debe llamar a su SPAP para más información.

TIP BOX:

REFERENCE MATERIAL = State Pharmacy Assistance Programs (SPAPs) and Part D, for a list of names and phone numbers for the State Pharmacy Assistance Programs. You can use this to refer caller to appropriate SPAP or to verify that an organization is a SPAP.

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Supplemental Health Insurance (not Medigap)

[TOP](#)

[BACK](#)

Debe consultar con su Plan de Seguro de Salud Suplementario para ver cómo se compara con la cobertura de Medicare para recetas médicas.

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Drug Coverage LIS Extra Help Apply (Spanish)

START » Use this script for information about the extra help. (If caller lives in one of the U.S. Territories, read script: Drug Coverage LIS Territories)

If caller wants to know if they are eligible for the extra help and passes disclosure, **use the MA PDP tab** to provide information.

****For help with the MA PDP tab, please review the [MA PDP Job Aid](#).****

» If the **Deemed Indicator = Y** or caller is LIS approved, [click here](#) to provide information based on the fields in the MA PDP tab.

» If the **Deemed Indicator = N**, caller is not LIS approved, or cannot pass disclosure, [click here](#) for income/resource questions.

» If caller says they were approved for the extra help, but our system does not show it, [click here](#).

» Click on one of the links below for information on the extra help:

[HOW TO APPLY](#)

[REAPPLYING](#)

[INCOME/RESOURCE
LIMITS](#)

[LETTER ABOUT LIS
STATUS](#)

DEEMED INDICATOR = Y OR CALLER IS LIS APPROVED

[TOP](#)

[BACK](#)

De acuerdo a nuestros archivos usted califica para la ayuda adicional con el pago de la cobertura de Medicare para recetas médicas. La mayoría de las personas que son elegibles para esta ayuda adicional pagarán primas y deducibles reducidos, y no más de \$5 por cada receta. La cantidad de ayuda adicional depende de los ingresos y recursos que usted tenga. Para obtener la cobertura, tendrá que inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Quizás yo pueda ayudarle hoy a solicitar la inscripción en un plan de medicamentos. (**SCRIPT,CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In**)

****CSR Note:** If caller wants information on their personal subsidy level, go to the MA-PDP tab and check the Limited Income Subsidy History applet.**

TIP BOX:

SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In

END

[TOP](#)

[BACK](#)

APPLYING FOR EXTRA HELP

[TOP](#)

[BACK](#)

Usted puede solicitar la ayuda adicional en cualquier momento llenando una copia de la solicitud y enviándola por correo a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). También puede solicitarla por Internet en www.ssa.gov.

[CLICK HERE IF CALLER ASKS ABOUT APPLYING AT THE MEDICAID OFFICE](#)

Después de hacer la solicitud recibirá una carta indicándole si califica o no y qué es lo

siguiente que debe hacer. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene el derecho de apelar dentro de los sesenta (60) días a partir de la fecha en que recibió la carta. Comuníquese con el Seguro Social para averiguar cómo presentar la apelación.

Puede solicitar la ayuda adicional incluso si ya está inscrito en un plan de recetas médicas. Cuando se la aprueben, la ayuda adicional se aplicará automáticamente a los costos de su plan. Si no está en un plan, pero solicita la ayuda adicional y se la aprueban, le darán un Período de Inscripción Especial para inscribirse en un plan y no tendrá que pagar ninguna penalidad por inscribirse tarde, si se inscribe en un plan para el 31 de diciembre de 2006. (**GUIÓN Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP**)

Debe comunicarse con SSA:

- si necesita ayuda para llenar la solicitud.
- para verificar el estatus de su solicitud.
- para apelar la decisión.
- si desea una copia de su carta.
- si tiene cualquier pregunta relacionada con la carta.

ADDITIONAL INFORMATION:

Usted y su cónyuge pueden pedir la ayuda adicional en una sola solicitud. Sin embargo, cuando se inscriban en un plan para recetas médicas, tendrán que hacer solicitudes por separado.

Debe presentar una copia original de la solicitud.

La solicitud le pedirá que indique el nivel de recursos que tiene Usted no tendrá que enviar ninguna documentación cuando la envíe.

SSA no acepta las solicitudes por teléfono.

TIP BOX:

REFERRAL = SSA

FULFILLMENT = SSA LIS APP/Fact Sheet - (31020) **(Do NOT send to residents of U.S. Territories)**

REFERENCE MATERIAL = SSA LIS Determination- Partial Subsidy

REFERENCE MATERIAL = SSA LIS Determination- Full Subsidy

END

[TOP](#)

[BACK](#)

APPLYING AT MEDICAID

[TOP](#)

[BACK](#)

Solicitar la ayuda adicional a través del Seguro Social le provee la decisión más rápida, pero también puede solicitarla en la oficina local de Medicaid. Su estado decidirá si califica para esta ayuda o cualquier otra asistencia que ofrezca su estado.

TIP BOX:

REFERRAL = Medicaid, if caller applied at the local Medicaid office.

END

[TOP](#)

[BACK](#)

REAPPLYING FOR EXTRA HELP

[TOP](#)

[BACK](#)

Si usted califica para la ayuda adicional, la recibirá por el período de un año. Su elegibilidad será revisada cada año y usted será informado/a si califica para recibir ayuda adicional el año siguiente. Si califica, no tendrá que volver a solicitarla. Sin embargo, si algún año le dicen que no califica, pero usted cree que sí, tendrá que volver a solicitar la ayuda.

TIP BOX:

REFERENCE MATERIAL = SSA LIS Determination- Denial

END

[TOP](#)

[BACK](#)

¿Cuál es la mejor descripción de su situación? ****Click the appropriate link.****

» **MARRIED AND LIVING TOGETHER**

» **SINGLE, A WIDOW(ER), OR YOUR SPOUSE DOES NOT LIVE WITH YOU**

[TOP](#)

[BACK](#)

INCOME/RESOURCE LIMITS FOR PEOPLE WHO ARE MARRIED AND LIVING TOGETHER

[TOP](#)

[BACK](#)

INCOME

Si su ingreso anual es por debajo de \$19,800, usted podría calificar para la ayuda adicional. Incluso si su ingreso anual es más alto, aún podría calificar. Algunos ejemplos de cuando su ingreso podría ser más alto serían si usted o su cónyuge:

- **Mantienen a otros miembros de la familia que viven con usted.**
 - Tienen ganancias de su trabajo.
 - Viven en Alaska o Hawai.

****Las cantidades de ingresos mencionadas arriba son para el 2006, y aumentarán cada año. Los límites de ingresos para el 2005 eran \$19,245, si usted era casado.****

RESOURCES

Si el valor de sus ahorros, inversiones y propiedades (aparte de su hogar) es más de \$23,000, usted podría calificar para la ayuda adicional. Debe incluir las cosas que sólo le pertenecen a usted, con su cónyuge o con alguien más. No incluya su casa ni posesiones personales.

****Los niveles de ingresos mencionados arriba son para el 2006 y aumentarán cada año.****

» Does the caller have income/resources under these amounts?

Yes / No

TOP

BACK

INCOME/RESOURCE LIMITS FOR PEOPLE WHO ARE SINGLE

[TOP](#)[BACK](#)

INCOME

Si su ingreso anual es por debajo de \$14,700, usted podría calificar para la ayuda adicional. Incluso si su ingreso anual es más alto, aún podría calificar. Algunos ejemplos de cuando su ingreso podría ser más alto serían si usted o su cónyuge:

- Mantienen a otros miembros de la familia que viven con usted.
- Tienen ganancias de su trabajo.
- Viven en Alaska o Hawai.

****Las cantidades de ingresos mencionadas arriba son para el 2006, y aumentarán cada año. Los límites de ingresos para el 2005 eran \$14,355, si usted era soltero.****

RESOURCES

Si el valor de sus ahorros, inversiones y propiedades (aparte de su hogar) es más de \$11,500, usted podría calificar para la ayuda adicional. Debe incluir las cosas que sólo le pertenecen a usted, con su cónyuge o con alguien más. No incluya su casa ni posesiones personales.

****Los niveles de ingresos mencionados arriba son para el 2006 y aumentarán cada año.****

» Does the caller have income/resources under these amounts?

Yes / No

[TOP](#)[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Basándome en sus respuestas, usted podría calificar para la ayuda adicional con el pago de la cobertura de Medicare para recetas médicas. Sin embargo, la única forma de asegurarse si califica para la ayuda adicional es llenando una solicitud.

Con mucho gusto le enviaré una solicitud. También puede obtener una de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) por teléfono, en el sitio Web www.socialsecurity.gov o visitando su oficina local de SSA ¿Quiere que le envíe hoy la solicitud?

[CLICK HERE IF CALLER WANTS HELP WITH FILLING OUT AN APPLICATION OR TO CHECK ON THE STATUS OF AN APPLICATION](#)

TIP BOX:

TIP = If caller wants application, go to Print Fulfillment and order SSA LIS APP/Fact Sheet - #31020 (**Do NOT send to residents of U.S.**

Territories)

REFERRAL = Social Security Administration

END

[TOP](#)

[BACK](#)

[TOP](#)

[BACK](#)

Basándome en sus respuestas, usted quizás no califique para la ayuda adicional con el pago de la cobertura de Medicare para recetas médicas. Sin embargo, la única forma de asegurarse si califica para la ayuda adicional es llenando una solicitud.

Con mucho gusto le enviaré una solicitud. También puede obtener una de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) por teléfono, en el sitio Web www.socialsecurity.gov o visitando su oficina local de SSA ¿Quiere que le envíe hoy la solicitud?

[CLICK HERE IF CALLER WANTS HELP WITH FILLING OUT AN APPLICATION OR TO CHECK ON THE STATUS OF AN APPLICATION](#)

TIP BOX:

TIP = If caller wants application, go to Print Fulfillment and order SSA LIS APP/Fact Sheet - #31020 **(Do NOT send to residents of U.S. Territories)**
REFERRAL = Social Security Administration

END

[TOP](#)

[BACK](#)

CALLER SAYS THEY WERE APPROVED FOR THE EXTRA HELP, BUT OUR SYSTEM DOES NOT SHOW IT

Por favor guarde una copia de su carta. Quizás necesite enseñársela a su plan como prueba de que califica para la ayuda adicional.

END

[TOP](#)

[BACK](#)

LETTER ABOUT LIS STATUS

READ: Por favor vea la primera página de su carta. ¿Dice lo siguiente?

- **Debemos revisar regularmente los casos de las personas que reciben la ayuda adicional con los gastos del plan de Medicare para recetas médicas, ○**
- **Por favor mantenga esta carta en sus expedientes.**

[TOP](#)

[BACK](#)

REDETERMINATION LETTER

[TOP](#)[BACK](#)

Usted ha recibido esta carta porque la Administración del Seguro Social (SSA) necesita comparar sus ingresos y situación financiera con la información que tiene en sus archivos. SSA usará esta información para determinar si es elegible para recibir la ayuda adicional en el 2007.

- **Si la información en la carta es correcta** o si sus ingresos o recursos son menos que la cantidad indicada, no necesita hacer nada. No devuelva el formulario adjunto.
- **Si la información en la carta no es correcta**, devuelva el formulario adjunto a SSA dentro de los próximos 15 días. También puede llamar a SSA al 1-800-772-1213. Luego, el Seguro Social le contactará nuevamente por correo para corregir sus archivos. La información en el archivo será actualizada en base a lo que usted indique en esta segunda carta. Tiene 30 días para responder.

TIP BOX:

REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Notice of Review
Redetermination Letter

END

[TOP](#)[BACK](#)

REDEEMING NOTICE

[TOP](#)

[BACK](#)

READ: ¿Qué dice la carta después de "Por favor mantenga este aviso en sus expedientes"?

If letter says "You are getting this notice because starting January 1, you will no longer automatically qualify for extra help" **READ:** Usted ha recibido esta carta de Medicare porque sus ingresos o recursos podrían haber cambiado. Esto significa que, a partir del 1ro de enero de 2007, no calificará automáticamente para la ayuda adicional porque usted:

- ya no califica tanto para Medicare como para Medicaid; O
- ya no recibe ayuda de su estado para pagar sus primas de Medicare; O
- ya no recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Sin embargo, tal vez aún pueda ahorrar en los costos de su cobertura de Medicare para recetas médicas. Puede que todavía califique para la ayuda solicitándola a través de la Administración del Seguro Social o de la Oficina de Medicaid de su estado.

¿Quiere información sobre cómo puede volver a solicitar la ayuda adicional?

[CLICK HERE IF CALLER WANTS TO REAPPLY](#)

If letter says "You will continue to qualify for extra help to pay for Medicare prescription drug coverage next year", **READ:** Usted ha recibido esta carta porque la

cantidad que paga por cada medicamento va a cambiar el próximo año. No necesita solicitar la ayuda adicional porque continuará calificando automáticamente para el año 2007. La cantidad de su copago actual y del nuevo copago aparecen en el segundo párrafo de la carta.

[CLICK HERE IF CALLER DOES NOT AGREE WITH LETTER](#)

****CSR Note:** If caller received the letter in English and would like it in Spanish, have them look for the publication number at the lower right-hand corner of the letter. Go to Print Fulfillment to order a copy in Spanish.**

TIP BOX:

REFERENCE MATERIAL = Redeeming Notice (Loss of Status)

REFERENCE MATERIAL = Redeeming Notice (Change in Copay)

FULFILLMENT = Redeeming Notice (Loss of Status) Spanish - 11198-S

FULFILLMENT = Redeeming Notice (Change in Copay) Spanish - 11199-S

END

[TOP](#)

[BACK](#)

REAPPLYING

[TOP](#)

[BACK](#)

La forma más fácil de volver a solicitar la ayuda es completar y enviar por correo la solicitud que se incluye con la carta de Medicare. Si tiene preguntas sobre cómo completar la solicitud, por favor llame a la Administración del Seguro Social (SSA) al 1-800-772-1213 (usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778). También puede visitar el sitio del Seguro Social en Internet en www.socialsecurity.gov.

También puede volver a solicitar la ayuda:

- completando la solicitud de ayuda adicional por Internet en www.socialsecurity.gov;
- llamando por teléfono a SSA;
- enviando por correo el formulario impreso; O
- visitando la oficina local del Seguro Social.

Cualquiera sea el método que elija, asegúrese de solicitar cuanto antes. Si se la aprueban, recibirá la ayuda adicional que comienza el 1ro de enero de 2007. La solicitud no es obligatoria y no le cuesta nada

Recuerde que siempre puede solicitar o volver a solicitar la ayuda adicional si hay un cambio en sus ingresos y recursos. ¿Quiere información sobre los límites de ingresos y recursos para la ayuda adicional?

[CLICK HERE IF CALLER WANTS INFORMATION ON INCOME/RESOURCE LIMITS](#)

If caller asks, "What if I still don't qualify for extra help?" [CLICK HERE](#)

TIP BOX:

REFERRAL = SSA

REFERRAL = State Medicaid Office

END

[TOP](#)

[BACK](#)

STILL DON'T QUALIFY

[TOP](#)[BACK](#)

Si no califica para la ayuda adicional, puede haber otras opciones de reducir sus gastos en recetas médicas.

- Quizás su estado tenga programas que le ayuden a pagar los costos de sus recetas médicas. Por favor llame a la Oficina de Medicaid de su estado para más información.
- Algunos planes de Medicare para recetas médicas no tienen primas ni deducibles. Compare su plan actual con otros planes en su área para ver si puede ahorrar más dinero. Cuando compare los planes, asegúrese de que el plan cubra los medicamentos que usted toma y que usted pueda continuar usando su farmacia para comprar sus recetas, si esto es importante para usted.

Usted tiene la oportunidad de cambiar de planes de Medicare para recetas médicas del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. Su nueva cobertura comenzaría a partir del 1ro de enero del siguiente año.

TIP BOX:

REFERRAL = State Medicaid Office

END

[TOP](#)[BACK](#)

DISAGREES WITH REDEEMING NOTICE

[TOP](#)

[BACK](#)

****IF CALLER DISAGREES WITH CO-PAY AMOUNT**, confirm that the co-pay amount that the caller disagrees with matches the co-pay amount showing in NGD.**

Si usted no está de acuerdo con la decisión indicada en la carta que ha recibido, comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado.

****IF CALLER DISAGREES WITH LOSS OF LIS ELIGIBILITY**, continue with this portion. You can determine why the caller's LIS status changed by hovering over the Deemed Reason Code in the Deemed Eligible History in the MA PDP tab. A definition of the Deemed Reason Code will then appear.**

Si usted no está de acuerdo con la decisión indicada en la carta que ha recibido, comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado o con la Administración del Seguro Social para verificar si es elegible para los beneficios de Medicaid o de SSI. Si recibió la carta porque usted

- **ya no califica para Medicaid**, por favor comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado.
- **ya no recibe ayuda para pagar sus primas de Medicare**, por favor comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado.

- **ya no recibe los beneficios de Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)**, por favor comuníquese con la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.

TIP BOX:

REFERRAL = State Medicaid Office
REFERRAL = SSA

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: **Este guión sólo aplica a personas que no tienen LIS.**	
<p>Los planes de Medicare para recetas médicas van a variar. Esto significa que las primas mensuales, deducibles, copagos y formularios serán diferentes dependiendo del plan que usted escoja. Sus gastos también dependerán de si recibe la ayuda adicional y de los medicamentos que use.</p> <p>Los planes deben ofrecer cobertura tan buena como el mínimo de cobertura estándar de Medicare.</p> <p>Mínimo de cobertura estándar de Medicare para el 2006 (utilice esto como un ejemplo, pero ponga énfasis en que todos los planes varían):</p> <p>Cuando se inscriba, usted pagará una prima mensual que varía dependiendo del plan. La prima promedio para el 2006 es aproximadamente \$32.20, pero las primas de algunos planes son más bajas. Esta cantidad es adicional a cualquier otra prima de Medicare que esté pagando ahora. Es posible que usted pueda conseguir un plan que no tenga una prima mensual, un deducible ni falta de cobertura.</p> <p>En el 2006, usted pagará los primeros \$250 (esta cantidad podría variar) por sus recetas. A esto se le llama su DEDUCIBLE.</p> <p>Después de haber pagado el deducible anual de \$250, sus costos en el 2006 serán:</p> <ul style="list-style-type: none">• Usted paga el 25% del costo anual de sus medicamentos, desde \$250 hasta \$2,250, y su plan paga el otro 75% de estos costos. Esto quiere decir que usted paga \$500 de su bolsillo. A esta cantidad se le llama LÍMITE DE COBERTURA INICIAL. Tenga en cuenta que los costos para llegar al límite de cobertura inicial se basan en el precio total de los medicamentos, no en el que usted paga.• Usted paga el 100% de los próximos \$2,850 que gaste en medicamentos, hasta llegar a \$3,600 en gastos de su bolsillo. A esta cantidad se le llama FALTA DE COBERTURA (COVERAGE GAP). (NOTA AL CSR: \$250 del deducible + \$500 (la porción de 25% de \$250 a \$2,250) + \$2,850 = \$3,600 en gastos del bolsillo.)• Después de que haya gastado \$3,600 en costos directos de su bolsillo, usted paga el 5% del costo de sus recetas médicas (o un copago pequeño) por el resto del año calendario y su plan paga lo restante. A esto se le llama COBERTURA CATASTRÓFICA. <p>**NOTA AL CSR: Use la herramienta PDPF para dar información sobre el costo actual de cada plan.</p> <p>Posiblemente pueda evitar o pueda retrasar llegar a esa Falta de Cobertura si usa medicamentos genéricos o medicamentos de marca de menor costo. Hable con su médico para ver cuáles son sus opciones.</p>	
Tips: TIP = The coverage gap is also known as the "donut hole." REFERRAL = SHIP, if caller has reached the coverage gap and needs help paying for their drugs (only if caller doesn't qualify for the extra help) REFERRAL = Medicare prescription drug plan, if caller feels that they are being charged the wrong co-payment amount or they have any other cost-related questions about their plan. You can also refer to the drug plan if the caller has questions about the coverage gap and/or wants to know if they have reached the coverage gap. SCRIPT = Drug Coverage Cost Out of Pocket TROOP SCRIPT = Drug Coverage Cost Late Penalty SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Cuando compare los costos anuales estimados de los planes de Medicare para recetas médicas, hay varias cosas que debe tener en cuenta. **Nota al CSR: Los costos se basan en el año calendario y se reinician en enero de cada año.**</p> <p>Costos mensuales fijos: Los costos mensuales fijos son los gastos que usted paga cada mes. Se los multiplica por 12 meses para calcular sus costos anuales. Estos costos incluyen las primas mensuales, y si se aplican, los pagos hechos por:</p> <ul style="list-style-type: none">• medicamentos que no están en el formulario del plan o• medicamentos cubiertos por su plan que están excluidos por la ley de Medicare. (Esto se aplica a los planes con mejores beneficios, tales como la cobertura de barbitúricos o benzodiazepinas.) <p>(Es importante notar que estos pagos NO cuentan para el total de costos de sus medicamentos o para el total anual de gastos directos de su bolsillo para la cobertura de medicamentos durante el año. Esto significa que estos costos no contarán como parte de su deducible anual, ni para el límite inicial de cobertura o la cobertura catastrófica.)</p> <p>Deducible: El deducible es la cantidad que usted paga cada año antes de que su plan comience a pagar sus medicamentos. Sus costos anuales incluyen el PRECIO TOTAL de sus medicamentos hasta que haya pagado esta cantidad. Usted paga el precio negociado por el plan, que es menos que el precio de venta al público.</p> <p>Nivel inicial de cobertura: El nivel inicial de cobertura es el período durante el cual usted se vuelve responsable de pagar el 25% del total de los costos de medicamentos. Generalmente, este período ocurre entre los \$250 y los 2,250 del total de los costos de medicamentos.</p> <p>Falta de cobertura ("coverage gap"): La falta de cobertura, que algunas veces se llama "donut hole", es el período durante el cual usted paga 100% de los costos de sus medicamentos.</p> <p>Cobertura catastrófica: Una vez que llegue a la cobertura catastrófica, sus costos anuales incluyen la pequeña cantidad que USTED PAGA por sus medicamentos hasta el fin del año calendario.</p>	
<p>Tips: SCRIPT = Drug Coverage Cost Coverage Gap Donut Hole, for more information on the coverage gap. SCRIPT = Drug Coverage Cost (in CC Medicare Costs and Premiums): this includes general price examples, if caller asks for examples SCRIPT = Drug Coverage Cost Out of Pocket TROOP (in CC Medicare Costs and Premiums) SCRIPT = Drug Coverage Covered and Excluded Drugs SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In</p>	

Status: Active **Deactivated Date:** n/a

Script:

Si no se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas cuando es elegible por primera vez, tendrá que esperar hasta su próxima oportunidad de inscribirse en un plan de medicamentos, y quizás tenga que pagar una prima más alta debido a una penalidad por inscribirse tarde.

A menos que sea elegible para un período de inscripción especial, su próxima oportunidad válida para inscribirse será del 15 de noviembre al 31 de diciembre. Si se inscribe durante este período, su cobertura comenzará el 1ro de enero del siguiente año.

No tendrá que pagar ninguna penalidad si actualmente tiene un plan de recetas médicas que es por lo menos tan bueno como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas. Ésta también se conoce como "cobertura acreditable". Para averiguar si la cobertura de su plan de medicamentos es tan buena como la de Medicare, pregunte a la compañía que le ofrece la cobertura de recetas médicas, o tal vez ya haya recibido una carta de ellos.

Si esa cobertura acreditable termina, le darán un período de inscripción especial (SEP) que comienza el mes en que le informaron que perdió su cobertura y termina 60 días después de haberla perdido o 60 días después de la notificación, lo que ocurra más tarde. Si no se inscribe en un plan durante este SEP, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción y tendrá que pagar una penalidad.

No puedo indicarle cuánto es exactamente la penalidad que tendría que pagar, si le corresponde pagarla. Sólo puedo decirle cómo hacer un cálculo aproximado. Para determinar su penalidad, tome la prima base nacional promedio del año (\$32.20 en el 2006, \$27.35 en el 2007) y calcule el 1% de ella (\$0.32 en el 2006, \$0.27 en el 2007)). Multiplíquelo por el número de meses calendario completos, desde que finalizó su período de inscripción inicial, en los cuales usted no tuvo la cobertura acreditable. El resultado es la penalidad aproximada que tendrá que pagar. Esta cantidad se añadirá a la prima mensual de su plan por todo el tiempo que tenga la cobertura de Medicare para recetas médicas. Su penalidad cambiará cada año según cambie la prima nacional promedio.

Ejemplo: Si su período de inscripción inicial terminó el 15 de mayo, y usted no tenía ninguna otra cobertura de medicamentos tan buena como la de Medicare, le aplicarán una penalidad del 7%. Como estuvo sin cobertura por 7 meses completos (de junio a diciembre), su penalidad será el 7% de la prima base del beneficiario para el 2007, es decir, \$1.90. Esta cantidad será además de la prima de su plan.

Usted debe inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas para saber con certeza cuánto será su penalidad y si le corresponde pagarla. Yo no tengo acceso a información individualizada sobre esto. A menos que usted se inscriba, el plan de Medicare para recetas médicas tampoco podrá decirle la cantidad exacta. Una vez que se haya inscrito, el plan le podrá informar cuánto es el total de su prima, incluida la penalidad, si le corresponde pagarla.

Si cancela su cobertura de Medicare para recetas médicas y no se inscribe en otro plan sino hasta más tarde, su prima podría aumentar por la penalidad que le apliquen por haber estado sin cobertura acreditable de recetas médicas.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

Si usted recibe la ayuda adicional, o vivía en una zona afectada por el huracán Katrina, no tendrá que pagar la penalidad siempre y cuando se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas para el 31 de diciembre de 2006.

Tips:

TIP = Medicare will calculate the penalty and let your plan know the amount. The penalty will be collected when you pay your premiums.

TIP = **If caller is under age 65 and disabled:** You may choose not to enroll in the Medicare drug program. However, if you decide to pick up Medicare's drug coverage at a later date, but before you turn 65, you will have to pay a penalty. Once you turn age 65, the penalty can work two ways, depending on your situation:

- **If you were paying a penalty, but your Medicare coverage ended before turning 65,** that penalty will not carry over if you join a plan once you turn age 65.
- **If you had continuous Medicare coverage (without any lapse),** you will continue to pay the penalty after your 65th birthday. You will have to pay this penalty as long as you have Medicare drug coverage.

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: Si Medicare está cubriendo su estadía en un hospital o en un centro de enfermería especializada, sus medicamentos estarán cubiertos por la Parte A (a menos que sea usted mismo quien se los administra). La Parte A dejará de pagar sus medicamentos cuando sea dado de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, o cuando se termine su beneficio, cualquiera que ocurra primero.</p> <p>Después de que la Parte A deje de pagar sus medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si está en un centro de cuidado a largo plazo (LTC*): Si deben darle el medicamento en el consultorio de un médico o se requiere usar algún equipo médico duradero (como un nebulizador), un plan de Medicare para recetas médicas podría cubrir el medicamento. La Parte B NO cubrirá estos medicamentos.• Los medicamentos inmunosupresores (si Medicare cubrió el trasplante) y ciertas medicinas para la esclerosis múltiple (como Avonex) estarán cubiertos por la Parte B (incluso si usted vive en un LTC*). <p>Si usted está en un programa de hospicio aprobado por Medicare, la Parte A pagará por los medicamentos para controlar los síntomas o aliviar el dolor. Si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, la cobertura de medicamentos funcionará dentro de las normas de su cobertura de hospicio. NOTA AL CSR: Estar en un programa de hospicio no se considera como cobertura acreditable.</p> <p>Si sus medicamentos están actualmente cubiertos por la Parte B, seguirán siendo cubiertos por la Parte B. Probablemente quiera inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas para que le ayude a cubrir otros medicamentos que actualmente no están cubiertos por la Parte B. LEA: CC Part B Covered Prescription Drugs and Medicine.</p> <p>INFORMACIÓN ADICIONAL: Si la Parte A o B cubre su receta médica, dicho medicamento no será pagado por su plan de Medicare para recetas médicas.</p> <p>Si la Parte A o la Parte B no cubre sus recetas médicas, su plan de Medicare para recetas médicas podría cubrirlas, siempre y cuando estén en el formulario del plan.</p> <p>Si sus medicamentos están cubiertos por la Parte B, asegúrese de que su farmacia o proveedor esté inscrito en el Programa Medicare. Si los cubre su plan de Medicare para recetas médicas, asegúrese de ir a una farmacia que esté dentro de la red del plan.</p> <p>Tips: *TIP = For this purpose, LTC facilities include skilled nursing facilities, nursing homes that give skilled care, and institutions that give skilled care. SCRIPT = CC Benefit Periods and Lifetime Reserve Days SCRIPT = CC Part B Covered/Noncovered Services SCRIPT = Drug Coverage Formulary SCRIPT = Drug Coverage Covered and Excluded Drugs SCRIPT = CC Hospice Care TRANSFER = DMERC for drugs covered by Part B; FI for drugs covered by Part A REFERRAL = Medicare drug plan for drugs covered by Medicare drug coverage</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: Un plan de Medicare para recetas médicas no puede darle de baja por motivos relacionados con su salud. Su plan de Medicare para recetas médicas debe darle de baja si: <ul style="list-style-type: none">• usted ya no tiene Medicare.• usted se muda fuera del área de servicio del plan.• Medicare termina el contrato con el plan, o el plan deja de ofrecer cobertura.• usted intencionalmente oculta o falsifica información sobre el reembolso por cobertura de parte de terceros. En los casos en que el plan de medicamentos deba darle de baja al miembro, se le requiere al plan que envíe un aviso por escrito indicando la fecha efectiva de la desafiliación y otras formas en que se puede recibir los beneficios de Medicare. Su plan de Medicare para recetas médicas puede darle de baja si: <ul style="list-style-type: none">• usted no paga la prima. Una vez que el plan le notifica por escrito que debe pagar la prima, tendrá por lo menos un mes para pagarla. Si usted no paga durante ese período de gracia, el plan de medicamentos puede decidir, ya sea dejarlo inscrito o darle de baja del plan.• hubo fraude en el formulario de inscripción o en el uso de la tarjeta de identidad. Por ejemplo, usted le dejó usar su tarjeta a otra persona.• se comporta de una manera que le impide al plan brindarle servicios a usted o a otras personas.• su empleador termina su contrato con el plan. (Su empleador le notificará sobre sus opciones.) En los casos en que el plan de medicamentos puede darle de baja al miembro y lo hace , se le requiere al plan que envíe un aviso por escrito indicando la razón de la desafiliación, la fecha efectiva y explicando que la persona tiene derecho a pedir una audiencia.	
Tips: REFERRAL = Medicare drug plan	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Lea si la persona que llama recibió una carta de Medicare sobre la ayuda adicional. ¿Me puede leer la segunda oración de su carta, la que comienza con "Nuestros archivos indican..."? Si la carta indica que la persona que llama tiene Medicare y Medicaid: Debido a que usted tiene los dos, Medicare y Medicaid, recibirá ayuda adicional con el pago de la cobertura de Medicare para recetas médicas. Por favor guarde la carta para tener comprobante. LEA EL GUIÓN: Drug Coverage LIS Medicaid Dual Eligible Spend Down. Si la carta indica que la persona que llama recibe ayuda con el pago de primas de Medicare: Nuestros archivos indican que usted recibe ayuda de parte de su estado (Medicaid) para pagar sus primas de Medicare. Debido a que recibe ayuda para sus primas de Medicare, también recibirá ayuda adicional para pagar por la cobertura de Medicare para recetas médicas. No tiene que presentar una solicitud para la ayuda adicional. Para aprovechar esta ayuda, tendrá que inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas. Cuando comience su cobertura, gastará muy poco de su propio bolsillo. Por favor guarde la carta para tener comprobante. Yo puedo ayudarle hoy a solicitar la inscripción en un plan de medicamentos. Si la carta indica que la persona que llama recibe SSI: Nuestros archivos indican que actualmente recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario. (Vea TIP Box si la persona que llama no está seguro/a de lo que son los beneficios de SSI.) Debido a que recibe SSI, recibirá ayuda adicional con el pago de la cobertura de Medicare para recetas médicas. No tiene que presentar una solicitud para la ayuda adicional. Para aprovechar esta ayuda, tendrá que inscribirse en un plan para recetas médicas. Cuando comience su cobertura, gastará muy poco de su propio bolsillo. Por favor guarde la carta para tener comprobante. Si la persona que llama ha perdido su carta: Lo lamento, pero no puedo enviarle otra copia de la carta. Medicare lleva un registro de todas las personas que deberían recibir la ayuda adicional. Cuando se inscriba en un plan, el plan sabrá automáticamente que usted debe recibir la ayuda adicional.	
Tips: TIP = SSI is a monthly benefit that is paid to people with limited income and resources who are disabled, blind, or age 65 or older. These benefits are not the same as Social Security benefits. REFERENCE MATERIAL = Important Information from Medicare about Paying for Prescription Drugs (Dual Letter) REFERENCE MATERIAL = Important Information from Medicare about Paying for Prescription Drugs (MSP Letter) REFERENCE MATERIAL = Important Information from Medicare about Paying for Prescription Drugs (SSI Letter) REFERENCE MATERIAL = Monthly Deemed Notice English 11166 TIP = If caller received an English version of the letter from CMS and wants a Spanish copy, order the appropriate letter listed below. If caller is unsure which letter they need, have them check the "CMS Pub. No." in the lower right-hand corner of the letter. FULFILLMENT = Dual Letter (#11132-S), MSP Letter (#11133-S), or SSI Letter (#11134-S) FULFILLMENT = Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription Drugs for People who get Supplemental Security Income (11116) FULFILLMENT = Deemed Notice Spanish (#11166-S)	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
-----------------------	------------------------------

Script:

Inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas es su decisión. Si no se inscribe, no perderá la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Para obtener la cobertura de Medicare para recetas médicas, debe inscribirse en uno de los planes disponibles en su área durante el período de inscripción. Puede inscribirse en un plan que solamente cubre recetas médicas, o en un plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas que también cubrirá su atención médica y del hospital.

Para inscribirse, debe tener la Parte A y/o B de Medicare, y vivir en el área de servicio del plan. Esto quiere decir que usted no puede inscribirse en un plan de recetas médicas si no vive en los EE.UU. o sus territorios.

Antes de inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, debe comparar los costos, las farmacias de la red y los medicamentos que cubre, para escoger un plan que responda a sus necesidades.

Se quedará en el mismo plan para recetas médicas hasta que se cambie o se dé de baja. Si quiere, se puede cambiar a un plan diferente durante el período de inscripción.

Si usted se inscribe, cambia o se da de baja de un plan, pero cambia de idea antes de que el cambio tenga efecto, debe llamar a su plan para cancelar la solicitud de inscripción/desafiliación. Una vez que su plan se haga efectivo, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción (SEP o AEP) para hacer cambios en su cobertura.

Usted se puede inscribir:

1. Comunicándose con el plan de recetas médicas para pedir un formulario de inscripción impreso, y enviándolo luego por correo o fax a la compañía. Tal vez también pueda inscribirse por teléfono o en el sitio Web del plan.
2. Visitando www.medicare.gov, y usando el centro de inscripción en línea.
3. Permitiendo que yo le ayude a enviar una solicitud de inscripción.
4. Inscripción de Grupo - Su empleador puede inscribirle en un plan de salud grupal o patrocinado por un sindicato.

Puede tardar hasta 30 días procesar su solicitud. Por eso, es buena idea inscribirse al principio del mes para asegurarse de recibir sus materiales antes de que la cobertura comience. Si no ha escuchado nada de su plan después de 30 días, por favor llame al plan para saber el estatus de su solicitud.

Tips:

TIP = If any of the required information on the enrollment form was missing or does not match Medicare's records, the plan may contact you to get the missing or incorrect information. This could delay the plan's ability to process your enrollment. If you don't provide the needed information within 15 days or by the end of the enrollment period (whichever is first), your application will be denied.

TIP = You and your spouse have to join a Medicare drug plan separately.

TIP = Not all plans offer enrollment over the phone.

TIP = ****For drug plans only – Don't read to a beneficiary** If a drug plan calls and wants to know why they can't see a beneficiary's enrollment:** Please contact your Enrollment Services division so that they can update the files.

SCRIPT = If the caller has Medicaid, gets help from the state to pay for their premiums, has SSI, or has applied and been approved for the extra help, read script Drug Coverage LIS Auto Facilitated Enrollment How to Enroll.

SCRIPT = Drug Coverage Medicare Advantage, if the caller has questions regarding Prescription Drug Plans through Medicare Advantage Plans or other Medicare Health Plans.

SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In

SCRIPT = Drug Coverage Enrollment End of Month

SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP

FULFILLMENT = Comparing Medicare Prescription Drug Coverage # 11110

FULFILLMENT = Medicare Prescription Drug Coverage: How to Join # 11111

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Si su Plan Medicare Advantage ofrece cobertura de Medicare para recetas médicas (MA-PD, por sus siglas en inglés), recibirá un aviso del plan sobre sus opciones. Lea con cuidado todos los materiales que reciba del plan.</p> <p>Si no tiene cobertura de recetas médicas y quiere añadirla durante un período de inscripción válido, puede:</p> <ul style="list-style-type: none">• preguntar a su plan actual para averiguar si ofrecen un plan para recetas médicas. Si ofrece cobertura de medicamentos y usted decide quedarse con el plan, tendrá que recibir esa cobertura a través de su plan de salud actual. Usted será inscrito/a automáticamente en ese plan.• cambiarse a otro plan Plan Medicare Advantage en su área que ofrezca cobertura para recetas médicas o• cambiarse al Plan Original de Medicare e inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. <p>Usted será dado de baja de su Plan Medicare Advantage (MA o MA-PDP) si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas (PDP, por sus siglas en inglés). Regresará al Plan Original de Medicare para su cobertura de salud.</p> <p>Si su plan actual no ofrece cobertura de medicamentos y usted no hace ningún cambio, tal vez tenga que pagar una penalidad si más tarde decide añadir la cobertura de medicamentos.</p> <p>Si está inscrito en un Plan Privado de Pago-por-Servicio de Medicare que no ofrece cobertura de medicamentos, puede añadir esta cobertura durante un período de inscripción válido sin que eso afecte su inscripción en el plan. Si su plan ofrece cobertura de medicamentos, tendrá que tomar la cobertura del plan. No puede inscribirse en otro plan de medicamentos diferente.</p> <p>Si está en un Plan de Costo de Medicare que no ofrece cobertura de medicamentos, puede añadirla durante un período de inscripción válido sin que esto afecte su inscripción en el plan. Si su plan ofrece cobertura de medicamentos, puede obtenerla a través de su plan de costo O puede comprar por separado un plan de Medicare para recetas médicas, durante un período de inscripción válido.</p> <p>Si la persona que llama tiene el Plan Original de Medicare y quiere inscribirse en un MA-PD, lea: Tendrá que esperar hasta el período de elección anual (del 15 de noviembre al 31 de diciembre) para inscribirse o cambiarse a un plan MA-PD. Tal vez tenga que pagar una penalidad si no se inscribió en un plan para recetas médicas cuando fue elegible por primera vez.</p> <p>Tips: TIP = During 2006, the Medicare Advantage open enrollment period was from January 1 to June 30. SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP SCRIPT = EE Managed Care Enrollment Election Period TIP = Some Medicare Advantage Plans may pay all or part of the premium that pays for your prescription drug coverage. Your Medicare Advantage Plan's premium may include all or part of the premiums for Part B and for Medicare drug coverage. Read the plan materials carefully or contact your plan to see if they do this.</p>	

Status: Active **Deactivated Date:** N/A

Script:

Los planes de Medicare para recetas médicas cubren:

- Medicamentos recetados
- Productos biológicos*
- Insulina
- Suministros relacionados con la aplicación de la insulina, como jeringas, agujas, paños con alcohol y gasa. (Tirillas de pruebas, lancetas y otros suministros diabéticos que están actualmente cubiertos por la Parte B seguirán siendo cubiertos por la Parte B.)**

Por ley, su plan sólo puede cubrir un medicamento, si:

- sólo se vende con receta médica,
- está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés),
- se usa y vende en los Estados Unidos y
- se usa por razones médicas.

Cada plan tiene una lista de los medicamentos que cubrirá. Esta lista se llama "formulario". Los planes no están obligados a cubrir *todas* las recetas o *todas* las marcas de insulina.

La ley de Medicare excluye 9 grupos de medicamentos de la cobertura:

1. benzodiazepinas (ben-zo-dia-ze-pi-nas) (es decir, tranquilizantes, pastillas para dormir y pastillas para la ansiedad)
2. barbitúricos (es decir, pastillas para dormir)
3. medicamentos para aliviar el resfrío o la tos
4. vitaminas y minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
5. medicamentos para la anorexia, pérdida o aumento de peso
6. medicamentos sin receta (de venta libre)
7. medicamentos para el crecimiento del cabello o para propósitos cosméticos
8. medicamentos para la fertilidad
9. medicamentos para pacientes ambulatorios cuando los fabricantes requieren que compre una prueba o servicio de monitoreo asociados exclusivamente de ellos

Su plan podría ofrecer cobertura adicional para algunos medicamentos excluidos. Por ejemplo, su plan podría cubrir las benzodiazepinas y podría cobrar una prima adicional. La cantidad que usted paga por estos medicamentos no cuenta para los gastos directos de su bolsillo de \$3,600. Además, usted no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar por estos medicamentos.

Si tiene Medicare y Medicaid y su estado pagaba por cualquiera de estos medicamentos excluidos, aún podría pagarlos. Si usted vive en Tennessee, su estado no cubre ningún medicamento excluido.

Puedo darle una lista de algunos de los medicamentos que su estado cubre.

Material de Referencia = State Medicaid Offices Covering Excluded Drugs

Tips:

*TIP = A biological product is usually a drug or vaccine made from a live product and used medically to diagnose, prevent or treat a medical condition. Some common types of biologicals are interferon, etanercept, and infliximab.

**TIP = The PDPF tool does not have pricing information for supplies related to the injection of insulin. Please refer the caller to the drug plan for this pricing information.

SCRIPT = Drug Coverage Formulary, if caller wants to know about what drugs the plans have to cover

TIP = If caller wants to know what drugs their plan covers, go to PDPF tool or refer to the drug plan

TIP = If a pharmacist gets a "drug not covered" message for a drug that was previously covered by Medicaid but is excluded by Medicare (especialmente con respecto a benzodiazepinas y ácido fólico), they should bill Medicaid after they receive the rejection from the PDP.

TIP = The message "plan limits exceeded" in many cases is because of Medicaid having covered a 31 day supply while the PDP is only covering a 30 day supply. Pharmacists should change the quantity and days of supply for reprocessing before calling the plan for help.

TIP = Some common versions of benzodiazepines [ben-zoe-dye-AZ-e-peens] are Xanax, Valium, and Ativan.

SCRIPT = CC Part B Covered Diabetic Monitoring Supplies

WEB = If caller has Internet access, s/he can view the list of the Medicaid-covered drugs here:

<http://cms.hhs.gov/States/EDC.list.asp>.

REFERENCE MATERIAL = Part D Excluded Drugs, for a list of some of the products/drugs/drug categories and how they relate to the Medicare drug coverage.

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Lea este guión si la persona que llama se está quejando porque un medicamento estaba en el formulario del plan cuando se inscribió y ahora no lo cubren.	
La ley de Medicare excluye de la cobertura de recetas médicas, a 9 grupos de medicamentos. (Vea la lista en el GUIÓN: Drug Coverage Covered and Excluded Drugs).	
Algunos planes de Medicare para recetas médicas en un principio incluían algunos de estos medicamentos en sus formularios. Sin embargo, como son medicamentos que están excluidos por ley, de la cobertura de Medicare, ahora los planes los han quitado de sus formularios. Su plan no tenía que haberle dado aviso previo 60 días antes de quitar del formulario estos medicamentos excluidos.	
Algunos ejemplos de medicamentos excluidos que se pudieron haber incluido en el formulario de un plan por error son:	
<ul style="list-style-type: none">• Ácido fólico• Vitamina K• Vitamina B-12	
Si la persona que llama pregunta sobre Niaspan o Niacor:	
Los productos con Niacina (Niaspan y Niacor) NO están excluidos de la cobertura de medicamentos de Medicare. Sin embargo, su plan no está obligado a cubrir estos medicamentos. Debe comunicarse con su plan de recetas médicas para averiguar si están dentro de su formulario.	
(NOTA AL CSR: Si la persona que llama pregunta acerca del cambio de planes, vea el GUIÓN, Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP, para más información.)	
POR FAVOR NO REGISTRE ESTAS LLAMADAS COMO QUEJAS.	
Tips:	
TIP = The AARP and Humana plans had mistakenly included these drugs on their formulary. They were directed by CMS to remove them as they are statutorily excluded drugs.	
SCRIPT = Drug Coverage Covered and Excluded Drugs	
SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Medicare está comprometido a protegerle a usted y a otras personas con Medicare contra el fraude y el robo de identidad.	
Los Planes de Medicare para recetas médicas: <ul style="list-style-type: none">• Pueden comercializar sus productos.• Tendrán el sello "Aprobado por Medicare" en todos sus materiales.	
Las personas que trabajan para los planes de Medicare para recetas médicas NO PUEDEN: <ul style="list-style-type: none">• presentarse en su casa sin aviso previo para vender o respaldar ningún producto relacionado con Medicare. Pueden llamarlo para hablarle sobre el plan. Deben cumplir con las normas del Registro Nacional "No llamar" (registro de las personas que no quieren recibir llamadas comerciales) y llamar solamente entre las 8 a.m. y las 9 p.m.• inscribirlo por teléfono en un plan de medicamentos, a menos que usted los llame y les diga que quiere inscribirse.• preguntarle sobre su historial clínico cuando lo inscriben en un plan.• solicitar un pago por teléfono o Internet.	
Hay esquemas fraudulentos en que personas están llamando para pedir información bancaria o diciendo a las personas con Medicare que pueden obtener una nueva tarjeta de Medicare pagando una cantidad (generalmente es \$379, pero también han pedido \$299, \$350 o hasta \$365). Estas personas llaman y le piden los números de su cuenta de banco, y luego los usan para retirar dinero electrónicamente. La nueva tarjeta de Medicare o el plan para recetas médicas que dicen estar vendiendo no son legítimos. Estas personas podrían usar los nombres de compañías que no existen, como Pharma Corp., National Medical Office, Medicare National Office y National Medicare.	
Si alguien le llama pidiéndole información personal, o si la llamada le parece sospechosa por cualquier motivo, debe colgar el teléfono y llamar al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379) o comunicarse con su agencia local del orden público (policía) o de protección al consumidor.	
Mantenga su información personal segura: No dé su información personal hasta estar seguro de que la persona está trabajando para Medicare y de que su producto está aprobado por Medicare.	
Su información personal puede incluir su: <ul style="list-style-type: none">• Nombre• Número de Seguro Social o de Medicare• Número(s) de cuenta(s) bancaria(s)• Número(s) de tarjeta(s) de crédito	
TIPS: REFERRAL = If caller suspects or wants to report fraud, they can call 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379) SCRIPT = If caller is not sure if something is fraud, see script Drug Coverage Complaints (in the PDP Regional Office Referral) for examples. SCRIPT= Medicare Card Rights Preventing Identity Theft, if caller thinks that someone is misusing their personal information. REFERENCE MATERIAL = Medicare Approved Seal FULFILLMENT= Quick Facts About Medicare Prescription Drug Coverage and Protecting Your Personal Information (11147). See page 1 for sample of the "Medicare Approved" seal.	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: Si tiene cobertura completa a través de Medicaid y vive en un asilo de ancianos, se puede inscribir en el plan de medicamentos que usted escoja. Si no se inscribe, Medicare le inscribirá en un plan. Usted continuará recibiendo sus medicamentos como hasta ahora y no tendrá que pagar nada de su propio bolsillo (si ha estado en el asilo al menos por un mes). Esto es porque usted califica automáticamente para la ayuda adicional y porque su copago es \$0.</p> <p>Si no tiene Medicaid y vive en un asilo de ancianos, puede inscribirse en el plan de medicamentos que usted escoja durante un período de inscripción válido. Su cobertura de Medicare para recetas médicas funcionará igual que si usted no viviera en el asilo de ancianos.</p> <p>Si vive en otro lugar como un Centro de Cuidado de Vida o para Adultos, podrá inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Su plan funcionará igual que si estuviese viviendo en su hogar. Esto es válido sin importar si usted tiene cobertura completa de Medicaid.</p> <p>Si está en un asilo con cuidado especializado y recibe cobertura de Medicare para el cuidado de enfermería especializada, generalmente sus medicamentos estarán cubiertos por la Parte A de Medicare mientras esté en ese centro, siempre y cuando Medicare aún cubra su estadía en el asilo con cuidado especializado.</p> <p>Para recibir sus medicamentos a través de Medicare necesitará inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Su farmacia del asilo de ancianos debería tener un contrato con todos los planes de Medicare en su área. Podrá recibir sus recetas médicas a través de esa farmacia. Si la farmacia del asilo no acepta su plan, puede cambiarse a un plan de medicamentos de Medicare que incluya a su farmacia.</p> <p>Puede averiguar qué planes de Medicare para recetas médicas trabajan con su farmacia comunicándose directamente con su asilo de ancianos.</p> <p>Si vive o se muda a un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), le darán una oportunidad especial para cambiar de planes por el tiempo que permanezca en el centro. Una vez que se vaya del centro, tendrá otra oportunidad para cambiar de planes, que dura hasta 2 meses.</p>	
<p>Tips: SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In SCRIPT = Drug Coverage LIS Medicaid Dual Eligible Spend Down SCRIPT = Drug Coverage Enrollment How to Enroll REFERRAL = If caller is unsure if they have Medicaid, have them contact their state Medicaid office. If caller is sure that they have Medicaid, there is no need to refer them to the local Medicaid office. REFERRAL = SHIP (State Health Insurance Assistance Program) if the caller needs one-on-one counseling to decide which plan is best for them. FULFILLMENT = Quick Facts about Medicare's New Coverage for Prescription drugs for people who are Nursing Home Residents #11121</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Si la persona que llama pregunta si perderá su beneficio de cupones de alimentos, LEA: Si usted lo solicita y califica para la ayuda adicional de la nueva cobertura para recetas médicas de Medicare, tal vez sus beneficios de cupones de alimentos disminuyan porque gastará menos en medicamentos. La nueva cobertura de recetas médicas significa que le quedará más efectivo para gastar en comida dado que antes usaba ese dinero para pagar por sus medicinas. El valor de la ayuda adicional que recibirá para pagar por sus recetas médicas lo compensará ampliamente por cualquier pérdida en los beneficios de cupones para alimentos. Si la persona que llama pregunta si perderá la ayuda para la vivienda, LEA: Si usted lo solicita y califica para la ayuda adicional de la nueva cobertura para recetas médicas de Medicare, no perderá la ayuda para la vivienda. Sin embargo, la ayuda podría ser reducida dado que gastará menos en medicamentos. La nueva cobertura de recetas médicas significa que le quedará más efectivo para gastar en alquiler debido a que antes usaba ese dinero para pagar por sus medicinas. El valor de la ayuda adicional que recibirá para pagar por sus recetas médicas lo compensará ampliamente por la disminución de la ayuda para la vivienda. Si la persona que llama tiene preguntas sobre si perderá la ayuda para la energía, LEA: Si usted solicita y califica para la ayuda adicional de la nueva cobertura para recetas médicas de Medicare, no perderá la ayuda para energía. Usted aún podrá recibir ayuda para los gastos de calefacción y para el aire acondicionado a través del Programa para Asistencia de Energía para Hogares de Ingreso Limitado (LIHEAP por sus siglas en inglés). Los niveles de elegibilidad para asistencia de energía del hogar son basados en su ingreso sin considerar sus gastos médicos.	
Tips: TIP = If caller gets the \$10 minimum food stamp benefit, their benefits may end. REFERRAL = Local welfare office or USDA if they have further questions about food stamp benefits. This number can be found in the caller's local phone book in the blue pages under the State Government listings. REFERRAL = Local housing authority or HUD if they have further questions about housing assistance. This number can be found in the caller's local phone book in the blue pages under the State Government listings. REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Food Stamps REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Housing Assistance	

Status: Active

Deactivated Date: n/a

Script:

Cuando se inscriba en un plan de Medicare que cubre recetas médicas, el plan le enviará:

1. Evidencia de Cobertura (EOC) - Este folleto le brindará detalles sobre la cobertura de medicamentos y las normas del plan.
2. Resumen de Beneficios - Este documento le explicará brevemente qué beneficios le ofrece su plan.
3. Formulario - Tiene la lista de medicamentos cubiertos por su plan.
4. Directorio de farmacias - Tiene la lista de las farmacias de la red de su plan.
5. Tarjeta del plan - Es la tarjeta que utilizará cuando compre sus medicamentos. Si su nombre en la tarjeta está incorrecto o necesita que se la reemplacen, por favor comuníquese con el plan.

Cada año, el plan le enviará:

1. Aviso anual de cambios - Su plan debe avisarle sobre los cambios que hará a partir del 1ro de enero del año siguiente. Debe enviarle este aviso antes del 31 de octubre del año actual.
2. Evidencia de Cobertura
3. Resumen de Beneficios
4. Formulario

Su plan también debe enviarle una **Explicación de Beneficios (EOB)** durante los meses en que usó su plan Medicare para recetas médicas.

La EOB debe incluir:

1. Una lista de los artículos o servicios que se pagaron y cuánto se pagó por cada uno de ellos.
2. Una notificación sobre su derecho a pedir una apelación o determinación de cobertura.
3. El total de gastos de su bolsillo hasta la fecha por:
 - Su deducible anual
 - La cantidad que paga por cada receta
 - Los gastos directos de su bolsillo en los que pagó el 100%
 - El total de gastos directos de su bolsillo (TROOP, por sus siglas en inglés) que cuentan para el límite que debe cubrirse antes de que el plan empiece a pagar la parte más grande (hasta 95% de sus costos)
4. El total pagado por sus medicamentos hasta la fecha, por usted y por el plan.
5. Una descripción de cualquier cambio negativo en el formulario que vaya a ocurrir dentro de 60 días en el futuro.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

Su plan debe tener estos documentos disponibles en otros formatos como Braile, idiomas extranjeros, audio-casete o impresión en letra grande.

Tips:

TIP = If you get the extra help, your EOB may have information about the coverage gap. You do not have a coverage gap if you qualify for the extra help.

SCRIPT = CC Medicare Costs and Premiums (Drug Coverage LIS Cost)

SCRIPT = CC Medicare Costs and Premiums (Drug Coverage Cost Out of Pocket TROOP)

REFERRAL = Medicare prescription drug plan

TIP = When you join a drug plan, your red, white, and blue Medicare card will not change.

REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Model Explanation of Benefits (EOB)

REFERENCE MATERIAL = 2007 Annual Notice of Change (MA-PDP)

REFERENCE MATERIAL = 2007 Annual Notice of Change (Renewing PDP)

REFERENCE MATERIAL = 2007 Annual Notice of Change (Rolled into PDP of same organization)

Status: Active	Deactivated Date: n/a
-----------------------	------------------------------

Script:

Usted debe escoger un plan de Medicare para recetas médicas que responda a sus necesidades. Si no escoge un plan, Medicare le inscribirá en un plan para asegurarse de que tenga cobertura. Es muy importante que averigüe si el plan en el que Medicare le inscribió cubre los medicamentos que usted usa. También debe verificar si puede ir a las farmacias que usted prefiere.

Si la persona que llama tiene Medicare y Medicaid:

Medicare cubre ahora sus medicamentos en vez de Medicaid. Usted debe haber recibido una carta en papel amarillo, indicando el nombre del plan que Medicare le escogió y la fecha en que comienza.

Si la persona que llama recibe ayuda de su estado para pagar sus primas de Medicare, tiene SSI o ha solicitado y le aprobaron la ayuda adicional:

Usted debe haber recibido una carta en papel verde, indicando el nombre del plan que Medicare le escogió y la fecha en que comienza.

Quizás aún pueda comparar planes de Medicare para recetas médicas y cambiarse a otro plan diferente. Si va a inscribir en un plan por su cuenta, es buena idea inscribirse a principios del mes para que reciba los materiales del plan antes de que comience su cobertura.

Si la persona que llama fue inscrita por Medicare y quiere cambiar de planes:

- Si tiene Medicaid o recibe ayuda para pagar sus primas de Medicare: Puede cambiar de planes en cualquier momento.
- Si tiene SSI o si ha solicitado y le aprobaron la ayuda adicional: Puede cambiar de planes una vez antes de que termine el año calendario.

Después de que se inscriba, el plan sabrá automáticamente si usted debe recibir la ayuda adicional. La información se enviará a su plan a través de un sistema computarizado.

Planes MA:

Si califica para la ayuda adicional, puede recibir cobertura para recetas médicas como parte de un Plan Medicare Advantage (MA-PD). Si se inscribe en un MA-PD, recibirá toda su atención médica de Medicare a través de este plan, incluyendo recetas médicas. La ayuda adicional sólo cubrirá el costo de la prima básica para medicamentos y la parte de cobertura para recetas médicas de los costos de su plan. Usted tendrá que pagar cualquier diferencia.

Usted sólo será inscrito automáticamente en un MA-PD si ya está en un Plan Medicare Advantage.

Tips:

SCRIPT = If caller has enrolled in a plan on their own, but then was auto-enrolled into a plan, read "Drug Coverage LIS Auto Facilitated Enrollment Plan Welcome Letter".

TIP = The auto-enrollment process will be random. Medicare will choose among available drug plans that have a premium at or below the premium for a standard plan in your region.

TIP = If you are married, Medicare might not enroll you and your spouse in the same plan. If you or your spouse want to switch plans so you are both in the same plan, you can do this before the date your coverage starts or during one of the enrollment periods.

SCRIPT = You may be given a Special Enrollment Period if you qualify for the extra help now. See "Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP".

SCRIPT = Disenrollment Probing Questions Drug Coverage, if caller wants to opt out after being auto-enrolled or if caller wants to disenroll from a drug plan.

SCRIPT = Drug Coverage LIS Mailings

SCRIPT = Drug Coverage Enrollment How To Enroll.

FULLFILLMENT = Comparing Medicare Prescription Drug Coverage # 11110

FULLFILLMENT = Medicare Prescription Drug Coverage: How to Join # 11111

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Aviso de inscripción automática: Las personas con Medicare y Medicaid, recibirán una carta de Medicare en papel amarillo. Esta carta le informa que Medicare está cubriendo sus medicamentos recetados en lugar de Medicaid. La carta también tiene el nombre del plan en el que Medicare le está inscribiendo y la fecha en que comenzó su cobertura. Aviso de inscripción facilitada ("facilitated enrollment"): Si usted recibe ayuda de su estado para pagar sus primas de Medicare, recibe beneficios de SSI, o solicitó la ayuda adicional y se la aprobaron, recibirá de Medicare una carta en papel verde. La carta tiene el nombre del plan en el que Medicare le inscribirá y la fecha en que comenzará su cobertura. En la carta también hay una lista de otros planes de su estado en que puede inscribirse. Usted puede rechazar que Medicare le inscriba en un plan. Si la persona quiere otra copia del Aviso de inscripción automática: Le enviaremos otra copia de la carta para sus archivos. Para hacer esto necesitaré alguna información de usted. (Vea el procedimiento en Tips.) Si la persona quiere otra copia del Aviso de inscripción facilitada: Lo siento, pero no me es posible enviarle otra copia de la carta. Sin embargo, puedo buscar el nombre del plan que Medicare le escogió. (Vaya al rótulo MA-PDP para ver el nombre del plan.) Una vez que se inscriba en un plan para recetas médicas, usted recibirá varios envíos del plan. Si la persona que llama decide rechazar la cobertura de Medicare para medicamentos, lea: Si quiere rechazar la cobertura de Medicare para medicamentos, lo que significa que no desea inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas y tampoco quiere que Medicare lo inscriba en un plan, Medicare le enviará una carta confirmando su pedido. Sin embargo, si quiere tener cobertura continua de recetas médicas a bajo costo o sin costo para usted, lo mejor es que se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas. INFORMACIÓN ADICIONAL: Si quiere cambiarse a otro plan de Medicare para recetas médicas o quedar fuera de (rechazar) la cobertura de Medicare para medicamentos, dependiendo de cuándo el plan de Medicare reciba su notificación, tal vez siga recibiendo documentos de ese plan. Puede ignorar esos documentos. Tips: REFERENCE MATERIAL = If caller wants information about their facilitated enrollment notice in Spanish, GO TO: Facilitated Enrollment Notice Full Subsidy Spanish (11186-S) OR Facilitated Enrollment Notice Partial Subsidy Spanish (11191-S) and read notice to caller. TIP = Procedure for sending replacement Auto Enrollment letters: Escalate to the Reference Center. The caller will NOT receive a call back, so DO NOT tell them they will and do NOT read CS TaR Reference Center and Press Media Question Letter script. When you escalate the call, please include the following in the RC Entry Form after passing disclosure: <ul style="list-style-type: none">• "REPLACEMENT AUTO-ENROLLMENT LETTER,"• the full name of the beneficiary,• the complete address (including apartment or lot number),• the phone number of the beneficiary, and• the Medicare number (HICN). If you are a Reference Center CSR ONLY, log: Drug Coverage LIS Auto Enrollment Notice Reference Center.** TIP = Once you join a drug plan, you will receive mailings from that plan. TIP = Enrollments in one month are effective the first of the next month. SCRIPT = Drug Coverage Plan Mailings SCRIPT = Drug Coverage LIS Auto Enrollment How to Enroll SCRIPT = Disenrollment Probing Questions Drug Coverage REFERENCE MATERIAL = Drug Coverage Auto Enrollment Notice FULFILLMENT = Facilitated Enrollment Notice Full Subsidy Spanish (11186-S), Facilitated Enrollment Notice Partial Subsidy Spanish (11191-S)	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: (Maximum 1900 characters including spaces) Usted puede inscribirse en UN SOLO plan de Medicare para recetas médicas. Sin embargo, en la mayoría de los casos, puede inscribirse en uno de estos planes aún si ya tiene cobertura de medicamentos de otro seguro. Tal vez no pueda tener la cobertura de recetas médicas de Medicare y la cobertura de medicamentos de empleador/jubilado si su empleador solicita por usted el subsidio de medicamentos de jubilados. Su empleador es responsable de explicarle cómo funciona su cobertura con la de Medicare. Coordinación de beneficios: Cuando se inscriba en un plan de Medicare para recetas médicas, en el formulario de inscripción, se le preguntará si tiene otra cobertura de medicamentos. Si responde que "sí", le harán una encuesta de seguimiento para averiguar qué otro(s) tipo(s) de cobertura tiene. Esta encuesta podría realizarse por teléfono, por correo o en persona. Medicare entonces trabajará con su otro seguro de medicamentos para ver quién pagará primero. Cuando compre su medicamento, la farmacia enviará una reclamación electrónica a su plan. Esa reclamación también se enviará a todos sus otros seguros que cubren recetas médicas. Después le informarán cuánto tendrá que pagarle a la farmacia. Este proceso se realizará mientras espera que le entreguen el medicamento. Quién paga primero: Su plan de Medicare para recetas médicas pagará primero si: <ol style="list-style-type: none">1. Usted está jubilado o no trabaja.2. Usted o su cónyuge trabajan, Y<ul style="list-style-type: none">• El lugar donde usted o su cónyuge trabajan tiene menos de 20 empleados (si usted tiene más de 65 años)• El lugar donde usted o su cónyuge trabajan tiene menos de 100 empleados (si usted es incapacitado)3. Su cobertura no está basada en su empleo. El seguro de compensación del trabajador y la cobertura de responsabilidad pública o de responsabilidad civil pagarán antes que el plan de Medicare para recetas médicas. TROOP: Otros planes pueden trabajar con Medicare y además ayudarlo con sus copagos, deducible y gastos para cubrir las faltas de cobertura ("gaps"). Sin embargo, cualquier pago hecho por otra compañía de seguro, no será tomado en cuenta para llegar a su límite catastrófico. El límite catastrófico se alcanza cuando usted ha gastado \$3,600 de su bolsillo y entonces Medicare comienza a pagar el 95% del costo de sus medicamentos.	
Tips: (Maximum 900 characters including spaces) TIP = Workers' compensation is not considered creditable coverage. REFERRAL = Medicare prescription drug plan REFERRAL = Third Party Insurance Benefits Administrator SCRIPT = MSP Who Pays First Overview SCRIPT = CC Medicare Costs and Premiums (Drug Coverage Cost Out of Pocket TROOP) SCRIPT = CC Medicare Costs and Premiums (Drug Coverage Cost) SCRIPT = Drug Coverage and Other Coverage	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script:</p> <p>Todos los planes de Medicare para recetas médicas tienen un formulario, que es una lista de los medicamentos que cubre el plan. Debe incluir por lo menos dos en cada categoría y clase de medicamentos. Generalmente, el plan cubre estos medicamentos siempre que sean necesarios por razones médicas, se compren en una farmacia de la red y cumplan con otras normas del plan.</p> <p>El formulario debe cumplir con los requisitos de Medicare. Todos los cambios deben ser aprobados por Medicare. En general, un plan no puede cambiar la cobertura para los medicamentos que está tomando durante el año. Pero, su plan podría, por ejemplo, quitar un medicamento del formulario si las investigaciones comprueban que ese medicamento no es seguro o si hay disponible un nuevo medicamento genérico similar que cuesta menos.</p> <p>El plan debe informarle por lo menos 60 días sobre cualquier cambio en el costo o la cobertura de sus medicamentos. Sin embargo, su plan puede quitar un medicamento inmediatamente del formulario si la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) considera que no es seguro o si se lo retira del mercado. Si esto ocurre, el plan le enviará una lista de otros medicamentos alternos que están en el formulario que podrían ser apropiados.</p> <p>Los medicamentos del formulario pueden estar agrupados en distintos "niveles" de preferencia. Cada plan crea sus propios niveles de distintas maneras. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nivel 1 - Medicamentos genéricos. Son los que generalmente cuestan menos.• Nivel 2 - Medicamentos de marca preferidos.• Nivel 3 - Medicamentos de marca no preferidos. <p>Tenga en cuenta que esto es solo un ejemplo. El formulario de su plan podría tener más o menos niveles y podría marcarlos en forma distinta.</p> <p>Los planes de Medicare para recetas médicas tienen que ofrecer Programas de Control de Medicamentos para los miembros:</p> <ul style="list-style-type: none">• que tienen más de un problema médico.• los que toman muchos medicamentos.• los que tienen costos altos de medicamentos. <p>Un Programa de Control de Medicamentos puede ayudarle a asegurarse de que usa el medicamento apropiado para tratar su problema médico y a detectar posibles errores en los medicamentos. Si desea saber más sobre estos programas, o inscribirse en uno de ellos, comuníquese con su plan.</p> <p>Tips:</p> <p>TIP = Medicare drug plans must provide a formulary to their members. REFERRAL = If caller wants to know the formulary for a plan, go to the PDPF tool or refer the caller to the plan. TIP = Plans may allow you to get a 30, 60, or 90 day supply of medication. It will vary depending on the plan. REFERRAL = Medicare drug plan REFERENCE MATERIALS = Definitions (English) TIP = Generic drugs have the same active-ingredient formula as a brand-name drug and may cost less. TIP = Preferred brand-name drugs are drugs that the plan prefers and may be less expensive than non-preferred brand-name drugs. TIP = A non-preferred brand-name drug is a medication that usually has an alternative generic or preferred-brand-name drug. It may be more expensive than a preferred brand-name drug. SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead in Mcare D</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: Si un medicamento que usted toma no aparece en la lista del formulario de su plan, llame primero al plan y pregunte si está cubierto. Si su plan no cubre el medicamento, puede pedirles: <ul style="list-style-type: none">• una lista de medicamentos similares que estén cubiertos. Cuando reciba la lista, hable con su médico para ver si puede tomar alguno de ellos en lugar del medicamento que no está cubierto.• que hagan una excepción y cubran su medicamento. Usted puede pedir distintos tipos de excepciones. Puede pedirle a su plan: <ul style="list-style-type: none">• que cubran su medicamento incluso si no está en el formulario.• que lo eximan de las restricciones de cobertura tales como la autorización previa, terapia en etapas o límites a la cantidad de su medicamento.• que le provean una mayor cobertura para su medicamento (solo si está en el formulario). Esto reducirá la cantidad que debe pagar. Para obtener una excepción, debe comunicarse con su plan y pedir una decisión o determinación inicial de cobertura. Debe enviar una declaración de su médico apoyando su pedido. Generalmente, el plan debe tomar una decisión 72 horas luego de haber recibido su pedido. En la mayoría de los casos, si su plan aprueba, la excepción será válida por el resto del año. No se otorgan todas las excepciones. Si su plan no aprueba su pedido, en la mayoría de los casos podrá apelar la decisión. Tal vez pueda recibir un suministro temporal de ese medicamento. Puede recibirlo: <ul style="list-style-type: none">• Si usted fue inscrito automáticamente en el plan y no cubre su medicamento,• Si usted no sabía que el plan no cubría ese medicamento, O• Si usted no sabía que podía pedir una excepción al formulario. Después de recibir el suministro temporal, debe hablar con su médico para decidir: <ul style="list-style-type: none">• si hay otro medicamento cubierto por el plan que pueda tomar,• si quiere pedir una excepción, o• si quiere cambiar a otro plan para recetas médicas (durante el período de inscripción). READ: Drug Coverage Transition, for more about temporary supplies. **NOTA AL CSR: Vea Tip para más información.**	
Tips: TIP = Medicare drug plans must provide a formulary to their members. REFERRAL = Medicare drug plan TIP = You can choose to purchase the prescription and then submit an exceptions request. If you are in a long term care facility, your plan is required to give you an emergency supply of the drug, even if it is not on the formulary. TIP = If you cannot afford to purchase the entire prescription before requesting an exception, you may be able to get and pay for part of the prescription. Please talk with your pharmacist for more information. TIP = If you already purchased your prescription and later your exceptions request is approved, you can send your receipt to your plan for reimbursement. To find out how, you can look in your Evidence of Coverage book or call your plan directly. TIP = If you have Medicare and Medicaid, you can switch plans at any time. SCRIPT = Drug Coverage Formulary SCRIPT = Drug Coverage Formulary Restrictions SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP SCRIPT = RP Drug Coverage Denial Claim Enrollment, if caller wants to file an appeal or if caller has filed an appeal and it has been longer than 10 days.	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: (Maximum 1900 characters including spaces) <p>Si usted está inscrito en un plan de Medicare para recetas médicas, y está tomando un medicamento que no está en el formulario, el plan debe darle un tiempo de transición para que cambie su medicamento por otro del formulario, que sea similar al medicamento que está tomando, o para que solicite una excepción.</p> <p>Si se inscribió en los primeros meses del programa de recetas médicas de Medicare, tenía hasta el 31 de marzo de 2006 para hacer la transición o para que se procesara el pedido de excepción, si era apropiado. Si se inscribió el 1ro de abril de 2006 o después, tenía/tiene 30 días para hacer la transición u obtener la excepción.</p> <p>**Lea solamente a los recién inscritos:</p> <p>Si solo ha estado en su plan por los primeros 30 días, debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comunicarse con su plan para asegurarse de que todos sus medicamentos estén cubiertos.• Renovar sus recetas antes de fin de mes.• Hablar con su farmacéutico o su médico si está tomando un medicamento que no está en el formulario del plan, para averiguar si hay algún medicamento similar para reemplazar el que usted toma.• Obtener una receta de su médico para el medicamento de reemplazo.• Solicitar una excepción a su plan. <p>Una vez que el período de transición haya terminado, su plan de Medicare para recetas médicas no tendrá obligación de darle un suministro temporal del medicamento que toma.</p> <p>Si no hizo la transición de su medicamento antes de que terminara el período de transición, puede:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llamar a su plan para averiguar sobre la cobertura temporal de su medicamento mientras se completa el proceso de transición.• Preguntar al farmacéutico si hay un medicamento genérico.• Contactar a su médico para preguntarle sobre el medicamento similar cubierto por su plan.• Llamar a su plan para pedir una determinación de cobertura o una excepción si su médico no cree que el medicamento similar funcionará para usted. Si es una situación de urgencia, puede pedirle al plan una revisión rápida, que debe completarse en 24 horas.	
Tips: TIP = If you pay for a drug that the plan does not cover, and then your exception or appeal is approved, the plan will be required to reimburse you up to the amount the plan would have paid if it covered the drug. SCRIPT = Drug Coverage Formulary Exceptions	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: Ciertos medicamentos están cubiertos por su plan. Puede que haya ciertas normas sobre cómo obtenerlos, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none">• Autorización previa - Lo que significa que necesita autorización de su plan antes de comprar el medicamento.• Límites de cantidad - Por razones de seguridad y costos, su plan puede limitar la cantidad que cubre de dicho medicamento en un determinado período de tiempo. Si usted se encuentra en una "zona de emergencia", podrían despacharle inmediatamente otra receta de sus medicamentos si se pierden o usted no sabe dónde están cuando ocurre una emergencia. Una "zona de emergencia" es un lugar donde se ha declarado un estado de emergencia bajo la Ley Stafford o la Ley de Emergencias Nacionales y una emergencia de salud pública.• Terapia en etapas - En algunos casos su plan le requiere que primero pruebe los medicamentos menos costosos, que han sido eficaces en la mayoría de las personas para tratar un problema como el suyo, antes de cubrir otra medicina para ese problema. Por ejemplo, si el medicamento A y el B pueden usarse para tratar su problema de salud, su plan podría negarse a cubrir el medicamento B hasta que haya probado el A. Si el medicamento A no funciona, entonces el plan cubrirá el B. Sin embargo, si ya ha probado el medicamento similar de menor costo y no funcionó, o si su médico cree que debido a su condición médica es medicamento necesario que usted esté en una medicina de terapia en etapas, la persona puede comunicarse con el plan y pedir una excepción. Si el pedido de su médico es aprobado, el medicamento será cubierto.• Sustitución por un medicamento genérico - Cuando haya disponible una alternativa genérica, las farmacias de la red del plan le venderán el medicamento genérico automáticamente, a menos que su médico haya indicado que usted debe tomar el medicamento de marca. Un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y por lo general cuestan menos que los de marca. <p>Usted puede averiguar si sus medicamentos tienen algún límite llamando al plan o fijándose en el formulario.</p>	
Tips: TIP = Medicare drug plans must provide a formulary to their members. REFERRAL = Medicare drug plan TIP = You can refer the doctor, pharmacist, or beneficiary to the drug plan for information about any of these restrictions, including prior authorization.	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: <p>Su plan de Medicare para recetas médicas contrata a una red de farmacias para brindarle servicios. Generalmente, sus medicamentos están cubiertos por su plan sólo si usted usa una farmacia de la red o su servicio de pedido por correo. Tal vez haya farmacias preferidas, donde usted podría pagar menos por los medicamentos cubiertos. Si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de la receta.</p> <p>Para comprar un medicamento en una farmacia de la red del plan, deber mostrar su tarjeta de miembro del plan o una carta del plan indicando que recibieron su solicitud. Si no tiene ninguna de las dos, tal vez tenga que pagar el costo total de la receta, aun si el medicamento está cubierto por el plan. Luego, debe enviar una reclamación al plan para que le reembolsen el costo de los medicamentos cubiertos.</p> <p>Si viaja a otro estado, pregunte a su plan si hay farmacias de la red en ese estado.</p> <p>Su plan de medicamentos de Medicare sólo cubrirá las recetas compradas en una farmacia fuera de la red cuando no haya una farmacia de la red disponible Y:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si está viajando dentro de los Estados Unidos o sus territorios y se enferma o se le acaba el medicamento.• Si los medicamentos son para tratar una emergencia médica.• Si no puede conseguir el medicamento cubierto a tiempo dentro del área de servicio del plan porque no hay una farmacia de la red cercana, que atienda las 24 horas.• Si está tratando de comprar un medicamento que normalmente no está disponible en la farmacia de la red o en la farmacia de pedido por correo. <p>Antes de comprar sus medicamentos, pregunte a su plan si hay una farmacia de la red en el área donde usted los compra. Tal vez tenga que pagar la diferencia entre lo que pagará su plan en una farmacia de la red y lo que le cobre la farmacia que no pertenece a la red.</p> <p>Su plan podría ofrecer un servicio de pedido por correo. Tal vez pueda usarlo para pedir medicamentos que toma regularmente para tratar una enfermedad crónica o una condición médica que requiere tratamiento a largo plazo. No tiene la obligación de usar el servicio de pedido por correo. Siempre puede usar las farmacias de la red de su plan.</p> <p>El plan no pagará por los medicamentos comprados en farmacias fuera de los EE. UU. y sus territorios, aunque se trate de una emergencia médica. Esto también es válido para las farmacias que envían órdenes por correo.</p>	
Tips: <p>TIP = Medicare drug plans must provide a formulary and pharmacy directory to their members. For the most current information, you should contact your plan by phone or visit their website.</p> <p>REFERRAL = Medicare drug plan</p> <p>TIP = If a plan offers mail order services, but the PDPF doesn't have the mail order pricing listed, refer the caller to the plan.</p> <p>TIP = To find out how to file a claim, you can look in your Evidence of Coverage book or call your plan directly.</p> <p>TIP = It is illegal to import drugs into the country, whether for personal use or otherwise.</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: NOTA AL CSR: Lea si la persona que llama se identifica como un/a farmacéutico/a o de una farmacia. Las personas que tienen cobertura de medicamentos de Medicare solamente pueden usar farmacias que tengan contratos con planes Medicare para recetas médicas. Si usted tiene preguntas generales sobre estos planes, se puede conectar a través del:</p> <p>http://www.cms.hhs.gov/Pharmacy/</p> <p>Usted también puede ir a este sitio Web si su farmacia no tiene contrato con un plan de Medicare para recetas médicas y quiere más información sobre cómo hacer un contrato con un plan.</p> <p>Si su farmacia tiene contrato con un Plan de Medicare para Recetas Médicas y usted tiene preguntas sobre facturas/pagos u otros procesos generales, entonces tendrá que comunicarse con el patrocinador del plan de recetas médicas para que le dé respuestas a sus preguntas.</p> <p>NOTA AL CSR: Lea si la persona que llama se identifica como un empleador: Si usted tiene preguntas sobre el Subsidio para Medicamentos del Empleador puede llamar al 1-877-737-4357 o ir al sitio Web de RDS:</p> <p>http://rds.cms.hhs.gov/.</p> <p>Si usted tiene preguntas sobre determinaciones de cobertura acreditable, divulgación de información u otros detalles sobre pólizas, puede ir a la página 'Employer Partner':</p> <p>http://www.cms.hhs.gov/EmplUnionPlanSponsorInfo/</p>	
Tips: (Maximum 900 characters including spaces)	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Todos los planes de Medicare para recetas médicas incluyen cobertura para las personas que tienen costos de medicamentos demasiado altos. Después de que ha gastado \$3,600 de su bolsillo en sus recetas durante el año calendario, usted paga el 5% por el resto del año (Medicare paga lo restante). Su plan lleva un control de los gastos directos de su bolsillo (TROOP) y le avisará cuando haya gastado los \$3,600. Por cada mes que compre medicamentos cubiertos, recibirá una Explicación de Beneficios que indica el total de gastos TROOP hasta la fecha.</p> <p>Los pagos que cuentan para el límite de gastos TROOP son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deducible anual 2. Lo que paga por cada medicamento 3. Todo pago hecho durante el período en que usted es responsable de pagar el 100% de los costos. <p>Estos gastos sólo cuentan si los medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Están en el formulario del plan • No estaban en el formulario del plan pero, por una determinación de cobertura, excepción o apelación especial, se autorizó que cuenten para el límite de gastos directos de su bolsillo • Se compraron en una farmacia fuera de la red con la autorización del plan <p>**Usted puede usar una tarjeta de descuento u otro descuento de la farmacia mientras se encuentra en la falta de cobertura. Preséntele las facturas al plan para que las compras cuenten hacia el límite de gastos TROOP.**</p> <p>Los siguientes NUNCA contarán para el límite de gastos TROOP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su prima • Medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos y sus territorios • Medicinas que su plan no cubre • Medicinas cubiertas por su plan que están excluidas por las leyes de Medicare • Medicamentos de venta libre o vitaminas (incluso si los requiere su plan como parte de la terapia en etapas) <p>Los pagos CONTARÁN para el límite de gastos TROOP si fueron hechos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familiares • Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAPs) • Ayuda adicional de Medicare • La mayoría de organizaciones caritativas (a menos que hayan sido establecidas, administradas o controladas por su actual o antiguo empleador o sindicato) <p>Los pagos NO CONTARÁN para el límite de gastos TROOP si fueron hechos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planes de salud grupales • Planes de seguro médico • Otras terceras partes (por ej., TRICARE, Compensación del Trabajador) • Programas del gobierno <p>Si tiene cobertura de terceras partes que paga parte de sus gastos TROOP, notifique a su plan de Medicare para recetas médicas.</p>	
<p>Tips: SCRIPT = Drug Coverage and Other Coverage SCRIPT = Drug Coverage Cost Avoiding Coverage Gap Donut Hole, if caller wants information on avoiding the coverage gap. TIP = If you switch to another plan during the calendar year, your out-of-pocket costs will transfer with you.</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: **NOTA AL CSR: Lea este guión si la persona que llama le indica que su empleador o sindicato dejará de brindar cobertura de salud o de medicamentos para jubilados.**	
Lea si la persona que llama pregunta si los empleadores o sindicatos pueden legalmente dejar de brindar dicha cobertura:	
Medicare insta a los empleadores y sindicatos a continuar brindando cobertura de salud y/o de recetas médicas a sus jubilados. Sin embargo, Medicare no puede obligarlos a hacerlo si ellos deciden no brindarla.	
Lea si la persona que llama le pregunta dónde pueden reportar la cancelación de su cobertura:	
Medicare no supervisa la forma en que se manejan los planes de beneficios para los empleados. La Administración para la Seguridad de Beneficios a los Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (EBSA, por sus siglas en inglés) y el Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) supervisan conjuntamente los planes de beneficios para empleados del sector privado. Usted puede hacer preguntas sobre su cobertura y sobre cómo está cambiando, llamando a EBSA al 1-866-444-EBSA (1-866-444-3272). Un Asesor de Beneficios responderá a sus preguntas y le explicará sus derechos de acuerdo a la ley.	
Lea si la persona que llama desea presentar una queja sobre la cancelación de su cobertura:	
Usted puede hacer preguntas sobre su cobertura y sobre cómo está cambiando, llamando a la Administración para la Seguridad de Beneficios a los Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (EBSA) al 1-866-444-EBSA (1-866-444-3272). Un Asesor de Beneficios registrará su queja y le explicará sus derechos de acuerdo a la ley.	
Tips: REFERRAL = United States Department of Labor Employee Benefits Security Administration (EBSA), 1-866-444-EBSA (1-866-444-3272)	

Status: Active

Deactivated Date: N/A

Script:(Maximum 1900 characters including spaces)

Su territorio podría brindarle ayuda adicional para pagar por la cobertura de Medicare para recetas médicas.si usted tiene Medicaid.

PREGUNTE: ¿Tiene usted Medicaid?

SI LA RESPUESTA ES "NO": A pesar de que no puede recibir la ayuda adicional, tal vez aún pueda inscribirse en un plan para recetas médicas. **Vaya a "Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP"

SI LA RESPUESTA ES "SÍ": **Continúe con la información del territorio de la persona que llama.

Puerto Rico:

Usted puede obtener cobertura de Medicare para recetas médicas de 3 maneras.

1. Puede quedarse con Reforma (Medicaid) y seguir con la cobertura de medicamentos de este plan.
2. Puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage con Cobertura para Recetas Médicas que tenga un contrato con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico (ASES). Este plan cubrirá toda su atención médica de Medicare, incluyendo las recetas médicas, la atención del médico y la del hospital.
3. Puede inscribirse en un plan para recetas médicas que no tenga un contrato con ASES. Sin embargo, tendrá que pagar el costo adicional de la prima mensual y otros copagos, coseguro y deducibles de su bolsillo.

Usted puede cambiar de planes mensualmente. SOLAMENTE puede cambiar o dejar un plan que tenga contrato con ASES. Si deja un plan, usted debe regresar a Reforma.

Si desea más información sobre las primeras dos opciones, llame a Medicare Platino al 1-800-981-2737.

Islas Vírgenes de EE.UU.:

Usted puede inscribirse ya sea en:

- Community Care Rx Basic o en
- United Health Care

Medicaid pagará por cualquier medicamento que no cubra su plan de Medicare para recetas médicas. Si desea más información, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 340-772-7368.

Guam, Samoa Americana o CNMI (Islas Marianas del Norte):

Medicaid continuará pagando por sus medicamentos. **Vea la información del territorio de la persona que llama.**

- GUAM: Usted no tiene que hacer nada. Si desea más información, llame al SHIP al 671-735-7399.
- SAMOA AMERICANA: Si necesita medicamentos especiales, tal vez pueda conseguirlos más fácilmente. Para más información, llame a la oficina de Medicaid del LBJ Tropical Medical Center, al 684-633-4590.
- CNMI: Usted no tiene que hacer nada.

Tips: (Maximum 900 characters including spaces)

TIP = For residents of Puerto Rico: Reforma drug coverage is considered to be creditable prescription drug coverage. This means that there will be no penalty to a person who is receiving drug coverage through Reforma, but decides to change to a MA-PD or PDP later.

TIP = If caller lives in Puerto Rico and travels often to the United States, they can join a drug plan in the US in addition to keeping their Reforma (Medicaid) plan while in Puerto Rico.

TIP = Residents of Puerto Rico follow the same election period rules as residents of the continental United States. The only difference is that dual eligible beneficiaries are restricted in the **type** of change that can be made.

REFERENCE MATERIAL = 2005 State Medicaid Program Name, if caller doesn't know the name of the Medicaid program or isn't sure if they're in one.

Status: Active	Deactivated Date: N/A
-----------------------	------------------------------

Script:
****Use este guión sólo si alguien de un asilo de ancianos llama para confirmar cuál es el plan de Medicare para recetas médicas en que está inscrito el residente.****

Entiendo que está llamando de un asilo de ancianos para averiguar en cuál plan de Medicare para recetas médicas está inscrito su residente. Puedo ayudarle ahora o puede enviar su pedido por fax (Vea Tip).

Para obtener esta información para **menos de** 100 residentes, puede enviar un fax al 1-785-830-2593 o enviar el pedido por correo a:
1-800-Medicare Nursing Home Requests
3833 Greenway Drive
Lawrence, KS 66046-5504

Para obtener esta información para **más de** 100 residentes, necesitará enviar el pedido a:
1-800 Medicare Nursing Home Requests
3833 Greenway Drive
Lawrence, KS 66046-5504

Por favor incluya en la carátula:

- la fecha en que envía el fax,
- el número de páginas,
- una dirección para enviarle los documentos,
- el nombre de una persona de contacto,
- un número de teléfono,
- las letras "NH" en la sección para comentarios, y
- la siguiente declaración firmada por un representante del asilo de ancianos:
Doy fe de que la información de inscripción en los planes Medicare para recetas médicas que será proporcionada por CMS sobre los pacientes incluidos en la lista adjunta será usada por el asilo de ancianos solamente para propósitos de la cobertura de Medicare para recetas médicas.

Por favor incluya la siguiente información con su pedido:

- el nombre del beneficiario,
- el número de Medicare,
- la fecha de nacimiento,
- la dirección y
- si el beneficiario tiene la Part B de Medicare (sí o no).

El nombre del beneficiario y el plan en el que está inscrito se le enviarán por correo dentro de los próximos 10 días laborables a la dirección que indicó.

****NOTA AL CSR:** Si la persona que llama dice que han pasado más de 10 días, por favor envíe un correo electrónico (email) a Phil Deamer en Lawrence, KS (phil.deamer@pearson.com). Debe incluir: el nombre del asilo de ancianos, la fecha del primer pedido, el nombre de quien llama y el número de teléfono.**

INFORMACIÓN ADICIONAL:

Puede solicitar información sobre varias personas en un solo pedido.

Tips:

TIP = If caller is a nursing home representative and they have a "low income subsidy batch problem", you can provide LIS co-pay information from the LIS Tab if caller can pass disclosure.

TIP = **Remember that you can give the plan information over the phone. This script should only be used if the caller doesn't have time or if the caller specifically asks about the fax procedure.**

TIP = If the nursing home representative wants the information for **more than** 100 residents, they can **not** make the request by fax. They can only request it by mail.

SCRIPT = CS Long Term Care LTC, if caller just wants information on how the Medicare drug coverage will work with people in Nursing Homes

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: (Maximum 1900 characters including spaces) Si vive en más de un estado o viaja a menudo, tal vez le convenga inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas que ofrezca cobertura nacional. Esto significa que usted podrá comprar sus medicamentos recetados en las farmacias de la red de todo el país.</p> <p>También puede inscribirse en un plan local que tiene en su red farmacias nacionales.</p> <p>¿Quiere que le ayude a buscar un plan de medicamentos que ofrezca cobertura en más de un estado?</p> <ul style="list-style-type: none">• NOTA AL CSR: En la herramienta PDPF, haga "clic" en el nombre de cada plan y luego en "Ver notas importantes." Esta ventana le indicará si el plan ofrece cobertura nacional.• O• NOTA AL CSR: En la herramienta PDPF, haga "clic" en el nombre de cada plan y luego en "Información sobre farmacias"; puede hacer una búsqueda por códigos postales diferentes y localizar las farmacias de la red en esas áreas. <p>Siempre puede llamar al plan para averiguar si hay farmacias de la red en su área.</p> <p>Si la persona que llama se muda en forma permanente a otro estado y desea cambiar de plan, LEA: Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP.</p> <p>Si la persona que llama se muda en forma permanente y necesita un cambio de dirección: Por favor comuníquese con su plan de recetas médicas si hay algún cambio en su información personal, incluyendo su nombre, dirección o número de teléfono.</p> <p>Si la persona que llama fue elegible automáticamente para la ayuda adicional: Si califica para la ayuda adicional, la recibirá durante todo el tiempo que su situación financiera permanezca igual. Recibirá la ayuda adicional por lo menos hasta el final del año calendario.</p> <p>Si la persona que llama solicitó la ayuda adicional y fue aprobada: Si califica para la ayuda adicional, la recibirá por lo menos hasta el final del año calendario. Si se muda en forma permanente a otro estado y usted la había solicitado a su oficina estatal de Medicaid, tendrá que solicitarla otra vez comunicándose con la oficina de Medicaid del estado al que se ha mudado. Si hizo la solicitud a través de la Administración del Seguro Social, ellos le avisarán cuándo tiene que volver a solicitarla.</p> <p>Lea el guión: Drug Coverage LIS Extra Help Apply.</p>	
<p>Tips: (Maximum 900 characters including spaces) TIP = The plan won't pay for any prescriptions that are filled by pharmacies outside of the U.S. and its territories, even for a medical emergency. This is also true for mail order pharmacies. SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In SCRIPT = Drug Coverage Pharmacies Mail Order, if caller is traveling to another state and doesn't have a national plan. REFERRAL = Medicare drug plan SCRIPT = CS Referrals to SSA, if caller needs to change address with Medicare (in addition to contacting drug plan)</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
-----------------------	------------------------------

Script: (Maximum 1900 characters including spaces)

Si se considera que la persona que llama es elegible para la ayuda adicional o solicitó y le otorgaron el subsidio completo (100%) ("Part D Subsidy Level - Percentage", en el rótulo LIS), lea:

Dado que califica para recibir la ayuda adicional, no tendrá que pagar el deducible o pagará un deducible de \$50 (\$53 en 2007) y una pequeña cantidad por cada medicamento cubierto que compre. Hay muchos planes disponibles en los cuales no paga una prima mensual. En otros planes tendría que pagar parte de la prima. Cuando esté comparando planes, asegúrese de preguntar sobre la prima.

****Nota al CSR: Si la persona que llama quiere saber para qué cantidad le aprobaron, use "Limited Income Subsidy History applet" en el rótulo MA-PDP. Si la persona que llama quiere saber exactamente cuánto tendrá que pagar en un plan específico, use la herramienta PDPF y autentique.****

Si la persona lo solicitó y le otorgaron un subsidio parcial (25%, 50% o 75%) ("Part D Subsidy Level - Percentage", en el rótulo LIS), lea:

Dado que fue aprobado para recibir la ayuda adicional, pagará una prima mensual más baja. Pagará una prima reducida según el porcentaje indicado en la carta en la que le otorgaron la ayuda.

También tendrá un deducible y copago reducidos cuando compre sus medicamentos cubiertos. Estas cantidades pueden variar dependiendo en qué plan de Medicare para recetas médicas esté inscrito. Cuando compare los planes, pregunte cuánto serían su deducible y sus copagos para cada plan.

****Nota al CSR: Si la persona que llama quiere saber para qué cantidad le aprobaron, use "Limited Income Subsidy History applet" en el rótulo MA-PDP. Si la persona que llama quiere saber exactamente cuánto tendrá que pagar en un plan específico, use la herramienta PDPF y autentique.****

INFORMACIÓN ADICIONAL:

Si califica para la ayuda adicional, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage u otro Plan de Salud de Medicare con cobertura para recetas médicas (MA-PD). Sin embargo, la ayuda adicional sólo se aplicará a los costos del plan de Medicare para recetas médicas.

Si califica para recibir la ayuda adicional, no tendrá un período de falta de cobertura. En su lugar, pagará un copago o coseguro pequeño.

Tips: (Maximum 900 characters including spaces)

TIP =

LIS Tab Value	Co-Pay Level
1	HIGH (\$2.00/\$5.00)
2	LOW (\$1.00/\$3.00)
3	No Copay
4	15% Co-insurance

REFERRAL = Medicare prescription drug plan, if caller feels that they are being charged the wrong co-payment amount or they have any other cost-related questions about their plan.

TIP = Please be aware that the PDPF tool is going to show \$2-\$5 co-pay amounts for anyone with both Medicare and Medicaid. However, they may only have to pay a co-pay of \$0-\$3. Please check the LIS tab to verify the amount of the co-pay by looking at the field: "Limited Income Subsidy Copay Amount".

TIP = If the caller takes a drug that is not on the plan's formulary, they will have to pay the full price for that drug, even if they are getting the extra help.

SCRIPT = Drug Coverage LIS Auto Facilitated Enrollment How to Enroll

SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply, for information about the award letters.

SCRIPT = Drug Coverage Cost, if caller wants information on when the coverage gap begins.

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: Para que su cobertura comience el primer día del mes siguiente, tiene que tomar una de estas opciones hasta o antes del último día del mes:</p> <ul style="list-style-type: none">• inscribirse por Internet en Medicare.gov• inscribirse en el sitio Web del plan• llamar al plan directamente para inscribirse• pedir a alguien del 1-800-Medicare que le ayude a enviar la solicitud por Internet <p>Si envía una solicitud por correo, el plan para recetas médicas debe recibir su solicitud antes del último día del mes para comenzar a cubrirle el primer día del mes siguiente. (Un sello de correo con la fecha no es suficiente.) Si usted no cumple con esta fecha límite, su cobertura comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud.</p> <p>Es importante inscribirse a principios de mes para que Medicare y su plan para recetas médicas tengan tiempo de poner al día sus sistemas y enviarle por correo su tarjeta de miembro, su carta de confirmación y el paquete de bienvenida, antes de que comience su cobertura.</p> <p>Si se inscribe más tarde en el mes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Quizás su farmacia o plan no tengan todo lo necesario para presentar reclamaciones.• Tal vez no reciba su carta de confirmación o su tarjeta de miembro antes de que comience su cobertura. <p>Cómo comenzará su cobertura si no ha recibido su tarjeta de miembro: Una vez que su plan reciba su solicitud, le enviarán una carta confirmando que la recibieron. Usted puede presentar esta carta en la farmacia como comprobante de inscripción para obtener sus recetas. Si no recibió esta carta, puede presentar la carta de bienvenida del plan.</p> <p>Si no recibió NINGÚN material de su plan, quizás tenga que pagar por la receta de su bolsillo. Debe guardar sus recibos y trabajar con su plan para que se los reembolsen.</p> <p>Si califica para la ayuda adicional, también debe llevar cualquiera de los siguientes comprobantes:</p> <ul style="list-style-type: none">• una copia de la carta de inscripción automática en papel amarillo/verde• la tarjeta de Medicaid• una carta de aprobación de la Administración del Seguro Social• cualquier otro comprobante de que califica para la ayuda adicional	
<p>Tips: TIP = Plans do not have to wait for confirmation from Medicare to process an application. If caller states that their drug plan won't process the application until they hear from Medicare, tell them to call their plan and ask for an acknowledgement letter so they can fill their prescriptions. TIP = Not all plans offer enrollment over the phone. REFERRAL = Medicare drug plan SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Plan Unknown SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
Script: **NOTA AL CSR: Utilice este guión si la persona que llama tiene interés en un plan de medicamentos que no aparece en la herramienta de Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas (PDPF tool).** En este momento, la información sobre precios no está inmediatamente disponible para este plan de Medicare para recetas médicas ya que se están actualizando los datos. La información se actualiza todos los lunes. Para más información, contáctese directamente con el plan. ¿Desea usted el número de teléfono del plan que le interesa? **Si la respuesta es SÍ, utilice el rótulo "Plans In Your State " en la herramienta PDPF para obtener el número de teléfono** Si la persona que llama pregunta si el plan está todavía disponible y es aprobado por Medicare, consulte la herramienta PDPF: <ul style="list-style-type: none">• Si el plan está incluido en el ‘Step 3: Review Plan Results & Options’, LEA: El plan que a usted le interesa es un plan para recetas médicas aprobado por Medicare. Usted aún podrá inscribirse en este plan. Lamento no poder ayudarle con su solicitud el día de hoy. Puede volver a llamarnos más tarde o puede llamar directamente al plan.• Si el plan NO está incluido en la herramienta PDPF, vea si está en el documento de Material de Referencia: "Excluded Drug Coverage Plan Contact List (Suppressed)".<ul style="list-style-type: none">○ SI LO ESTÁ, LEA: El plan que a usted le interesa es un plan a para recetas médicas aprobado por Medicare. Usted aún podrá inscribirse en este plan. Lamento no poder ayudarle con su solicitud el día de hoy. Puede volver a llamarnos más tarde o puede llamar directamente al plan.○ SI NO LO ESTÁ: Si la persona que llama insiste que es un plan de Medicare para recetas médicas, envíe ("escalate") la llamada al Centro de Referencia. A pesar de que la información sobre el plan que a usted le interesa no está disponible, yo le puedo ayudar a comparar otros planes de Medicare para recetas médicas disponibles en su área. **Si la persona que llama quiere comparar otros planes, LEA "CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead in Mcare D" y vaya a la herramienta PDPF **	
Tips: SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In Mcare D REFERRAL = Medicare drug plan REFERENCE MATERIALS = Excluded Drug Coverage Plan Contact List (Suppressed) SCRIPT = CS TaR Reference Center and Press Media Question Letter, if plan is not listed in above Reference Material document and caller thinks it should be	

Drug Coverage Plan Specific Humana Community Care Rx (Spanish)

START » This script should be used if the caller has specific questions or issues with one of the below drug plans. Which plan is the beneficiary in?

Humana

(Pharmacists and Beneficiaries)

Community Care Rx Disenrollments

(Beneficiaries)

Is the caller a beneficiary or a pharmacist? (Spanish)

Beneficiary

Pharmacist

TOP

BACK

Humana - Pharmacist **(Spanish)**

[TOP](#)

[BACK](#)

This portion should ONLY be read to pharmacists who call with non-LIS issues related to Humana drug plans:

Pharmacist is having problems verifying the member's eligibility:

Si el beneficiario no tiene su tarjeta de Humana o la carta que contiene su identificación de

miembro, siga con el procedimiento a continuación:

1. Presente la transacción E1 al Facilitador de TROOP de NDCHealth. Si se encuentra el miembro, por favor utilice esta información del plan para presentar la reclamación.
2. Si la transacción E1 no devuelve la información del plan, por favor presente la reclamación a Argus utilizando la siguiente información:
 - Nombre del miembro
 - Número de Seguro Social
 - Fecha de nacimiento
 - BIN: 610649
 - PCN: 03200000 (solo Medicare)
 - Grupo: N/A
3. Si no tiene éxito al presentar la reclamación debido a que "no se encontró al miembro", usted deberá contactarse con el Mostrador de Ayuda de Farmacia de Humana al 800-865-8715. Esto permitirá una activación inmediata en donde puede presentar reclamaciones por Internet. Será necesario brindar la siguiente información a fin de completar el proceso de activación:
 - Nombre y apellido del miembro
 - Dirección (incluyendo ciudad, estado y código postal)
 - Número de teléfono
 - Fecha de nacimiento
 - Sexo
 - Número de Seguro Social
 - Número de Identificación de Medicare (9 caracteres numéricos y 1 alfabético)
 - Cliente: Clase de plan que se encuentra en la solicitud de inscripción (PDP, MAPD)
 - Nombre del plan (opción de plan)

END

[TOP](#)

[BACK](#)

What is the caller's issue? (Spanish)

Complaints about Humana

(For use by Pilot CSRs only)

**Enrolled in Humana but does not have
a card or letter**

**Humana Release of Information
Incident**

TOP

BACK

Complaints about Humana - Pilot (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

****This portion is for Humana Pilot CSRs only. Read if caller has complaints about his Humana drug plan.****

****CSR NOTE: Assist the caller as much as possible before transferring to Humana.****

Yo puedo transferirle a Humana si su queja está relacionada con:

- Un asunto urgente (por ej., si está en la farmacia y no puede obtener sus medicamentos)
- Una desafiliación o cancelación (por ej., le dieron de baja por error)
- Inscripción en un plan de medicamentos (por ej., para verificar el estatus de su solicitud)
- Cambios de su opción de planes (por ej., si usted está cambiando a otro plan ofrecido por Humana)

****The speed dial code to Humana is *0193. Give the Humana rep the beneficiary's HICN, name, zip code, and LIS co-pay amount.****

Yo puedo proporcionarle el número de Humana si tiene preguntas sobre otros asuntos, como:

- Autorización (por ej., permiso para obtener ciertos medicamentos que tienen restricciones)
- Facturación/ reclamaciones
- Elegibilidad
- Tarjetas de miembro

Por favor llame a Humana para hacer estas averiguaciones. Su número es 1-800-281-6918.

****If caller's issue is related to LIS:**

Please check the LIS tab to confirm LIS eligibility and co-pay amount.

Según la información de nuestros archivos, su copago es [AMOUNT]. ¿Es ésta la cantidad que está pagando ahora?

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LEA: Esta es la cantidad que se le ha aprobado para la ayuda adicional. ****NOTA AL CSR:** Si la persona que llama cree que tiene documentación que indica una cantidad aprobada diferente, vaya a "PDP Regional Office Referral".**

SI LA RESPUESTA ES "NO": **CSR NOTE: Check PDPF. Are the drugs that the caller is taking on the formulary and is the caller using a network pharmacy?***

SI LA RESPUESTA ES "NO", LEA:

Si compra un medicamento que no está en el formulario del plan o va a una farmacia que no pertenece a la red, su copago será más alto.

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LEA:

Por favor, permanezca en la línea mientras le comunico con su plan de recetas médicas de Humana. ****CSR NOTE:** The speed dial code to Humana is *0193. Give the Humana rep the beneficiary's HICN, name, zip code, and LIS co-pay amount.**

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Enrolled in Humana but does not have a card or letter **(Spanish)**

[TOP](#)

[BACK](#)

This portion is for beneficiaries who have enrolled in Humana but do not have a card or letter:

Si usted necesita comprar sus recetas médicas y todavía no tiene la tarjeta de Humana, puede ir a su farmacia y ellos pueden verificar si tienen su información en sus sistemas. Usted deberá proporcionarle al farmacéutico la siguiente información:

- Nombre del miembro
- Número de Seguro Social
- Fecha de nacimiento
- Número de BIN de Humana: 610649
- Número de PCN de Humana: 03200000
- (No es necesario tener el número de Grupo para reclamaciones de Humana)

El farmacéutico deberá seguir las instrucciones del Boletín de Noticias de la Farmacia de Humana, con fecha del 28 de diciembre de 2005. El farmacéutico también puede llamar al Mostrador de Ayuda de la Farmacia de Humana si él o ella necesita ayuda.

If the beneficiary asks for more information about what the pharmacist needs to do:

El boletín explica que el farmacéutico deberá presentar primero una "Transacción E1" a NDCHealth. Si la información sobre usted no está incluida, el farmacéutico debe presentar la reclamación a Argus utilizando la información arriba indicada. Si aún no encuentra su información, el farmacéutico deberá llamar al Mostrador de Ayuda de la Farmacia de Humana. El Mostrador de Ayuda podría necesitar más información, como por ejemplo su número de Medicare, dirección, número de teléfono y sexo.

If the beneficiary says that they received:

- **a confirmation letter from Humana for a plan they didn't join**

○

- **an automated phone call from Humana, READ:**

Humana le envió una carta incorrecta confirmando su inscripción en uno de sus planes Medicare Advantage (MA-PD) en lugar del plan para recetas médicas que usted escogió.

Es posible que haya recibido un mensaje telefónico automatizado de Humana para avisarle que **está** inscrito en el plan para recetas médicas que usted escogió. Sus beneficios para medicamentos son exactamente como le explicaron cuando se inscribió en el plan. No es necesario que haga nada más.

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Humana Release of Information Incident (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

Tal vez haya recibido una carta del plan de recetas médicas Humana sobre un incidente que ha afectado su información personal. Se ha informado a Humana recientemente que su información personal fue accesible a personas que no pertenecen a Humana. Dicha información incluye su nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación de miembro del plan y su número de seguro social.

Humana duda que personas ajenas al plan hayan accedido a la misma con la intención de obtener su información médica personal. Sin embargo, quieren ponerlo al tanto de la situación.

La Ley federal sobre privacidad protege su información médica personal. Humana debe cumplir con la ley y garantizar la confidencialidad de su información personal. Usted puede hacer uso de sus derechos a la privacidad, preguntar sobre los mismos y presentar una queja si piensa que le han negado estos derechos o que su información médica personal no ha sido protegida. Si desea averiguar más sobre sus derechos de privacidad puede leer el Aviso de Prácticas sobre Confidencialidad HIPAA, que Humana le ha enviado por correo.

Humana ha establecido con Equifax un servicio gratuito de control de crédito para su uso. Usted puede inscribirse en Internet para este servicio o puede llenar el formulario de inscripción que le mandó Humana y enviarlo por correo o por fax.

Si tiene preguntas o si necesita más ayuda, envíe un correo electrónico a PrivacyOffice@Humana.com o llame a la oficina de Servicio al Cliente de Humana al 1-800-281-6918.

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

REFERRAL = Humana

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Community Care Rx Disenrollments (Spanish)

[TOP](#)

[BACK](#)

****This portion is for beneficiaries who have been disenrolled from Community Care Rx (MemberHealth) or their coverage has been cancelled.****

Es posible que le hayan dado de baja de su plan de medicamentos o que hayan cancelado su cobertura. Estamos al tanto del asunto y le rogamos disculpe el inconveniente.

Por favor comuníquese con Community Care Rx si desea quedarse en su plan de medicamentos. El número de teléfono está en la parte de atrás de su tarjeta de miembro.

****CSR NOTE: If caller doesn't have the number, go to the PDPF tool to provide it.****

****CSR NOTE: Do not file a complaint about this, unless the caller has spoken with Community Care Rx and they were unable to help.****

[TOP](#)

[BACK](#)

TIP BOX:

SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing
Questions SEP, if caller wants to join another plan

END

[TOP](#)

[BACK](#)

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: **Este guión debe leerse SOLAMENTE a los farmacéuticos que llaman con preguntas sobre subsidios por bajos ingresos (LIS). Puede proveer información de LIS a los farmacéuticos que tengan el SSN o el HICN del beneficiario.**	
Si una persona con Medicare y Medicaid no sabe en qué plan ha sido automáticamente inscrita: Usted debe consultar E1 para comprobar la inscripción al plan de medicamentos. Si en la búsqueda E1 aparece el RxBIN-RxPCN-RXGrp-RxID (los datos "4Rx") y el número 800, debe facturar a ese plan. Si en la búsqueda E1 sólo aparece el número 800 del plan, debe llamar a ese número para obtener la información sobre la facturación. Si el E1 no tiene una respuesta que corresponda a la búsqueda, deberá asegurarse de la elegibilidad para Medicare a través de una búsqueda E1 más amplia. También, debe revisar la elegibilidad para Medicaid a través de la historia clínica del paciente, una tarjeta de Medicaid o la carta actual de Medicaid. También puede comunicarse con la línea de elegibilidad de farmacias al 1-866-835-7595.	
Si se determina la elegibilidad de Medicare y Medicaid pero no se encuentra la inscripción al plan: Una vez que la búsqueda E1 no ha dado resultado y usted verifica que la persona tiene Medicare y Medicaid, debe enviar la factura al contratista de Punto de Servicio (POS Contractor) (Anthem). Esto permitirá que le despachen la receta médica y que comience el proceso de inscripción. (NOTA AL CSR: Si el farmacéutico no sabe cómo facturar al Contratista de Punto de Servicio, vea el Material de Referencia, Wellpoint Point of Sale Fact Sheet)	
Para cambiar de planes:	
Si la persona con Medicare y Medicaid fue inscrita automáticamente, pero dice que ha cambiado de planes: <ul style="list-style-type: none">• Tiene una carta del plan confirmando el recibo: Si la persona tiene consigo una carta del plan confirmando el recibo, esa carta debe incluir RxBin, RxPCN, RxGrp y RxID. Usted debe utilizar esta información para la facturación. Si la carta no la tiene, usted debe comunicarse con el plan para obtener la información necesaria para enviar una reclamación.• No tiene una carta del plan confirmando el recibo: Usted debe realizar una búsqueda E1 o llamar a la línea de elegibilidad de farmacias al 1-866-835-7595 para determinar la inscripción al plan.	
Tips: TIP = If a pharmacist gets a "drug not covered" message for a drug that was previously covered by Medicaid but is excluded by Medicare (especially with regards to benzodiazepines and folic acid), they should bill Medicaid after they receive the rejection from the PDP. TIP = The message "plan limits exceeded" in many cases is because of Medicaid having covered a 31 day supply while the PDP is only covering a 30 day supply. Pharmacists should change the quantity and days of supply for reprocessing before calling the plan for help. WEB = The pharmacist can read the "What If Scenarios for Pharmacy" on the CMS website for a more detailed list of FAQs. (http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/Downloads/WhatIfScenariosPharm.pdf) REFERENCE MATERIAL = Wellpoint Point of Sale Fact Sheet Ask probing questions to find out what issues the caller is having before reading the document. If the pharmacist tried to complete the Point of Service process, but it did not work, read the appropriate section(s) of the document. If the pharmacist does not know anything about the Point of Service process, read the entire document. REFERENCE MATERIAL = Pharmacy Technical Help Desk Contacts, if the pharmacist needs the appropriate pharmacy help desk number for a Medicare drug plan.	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: (Maximum 1900 characters including spaces) Use este guión cuando un beneficiario tiene que obtener el medicamento de manera URGENTE.	
<p>Si usted recibió por correo la carta de adjudicación que envió su plan, utilícela para obtener las recetas médicas hasta que reciba la tarjeta. También deberá llevar su tarjeta de Medicaid o la carta de inscripción automática. Si no recibió nada de su plan, deberá contactarlos directamente.</p>	
<p>NOTA AL CSR: Si la persona que llama informa que la farmacia no aceptará la carta de adjudicación o prueba de que ellos son elegibles para la ayuda adicional, LEA: Debe llamar primero a su plan para resolver este asunto. Si usted necesita una receta médica de inmediato, puede pagar el precio total del medicamento y presentar una reclamación a su plan para que se lo reembolsen.</p>	
<p>(NOTA AL CSR: Si la persona que llama ya ha hablado con su plan, lea el guión, Drug Coverage Complaints in the PDP Regional Office Referral.)</p>	
<p>NOTA AL CSR: Si la persona que llama informa que la cantidad del copago es incorrecta o no puede pagar sus medicamentos, LEA: Debe llamar primero a su plan para resolver este asunto. También puede preguntarle al farmacéutico o al médico si le pueden dar un suministro temporal de sus medicamentos.</p>	
<p>(NOTA AL CSR: Si la persona que llama ya ha hablado con su plan, lea el guión, Drug Coverage Complaints in the PDP Regional Office Referral.)</p>	
<p>NOTA AL CSR: Si la persona que llama informa que no le quedan medicamentos y tiene necesidad urgente de obtener ayuda, LEA: Si no tiene ninguna otra manera de que le despachen la receta médica y es muy importante que usted tome sus medicamentos, debe llamar primero a su plan para resolver este asunto. Tal vez también quiera llamar a su médico y solicitarle si le sugiere alguna otra alternativa.</p>	
<p>(NOTA AL CSR: Si la persona que llama ya ha hablado con su plan, lea el guión, Drug Coverage Complaints in the PDP Regional Office Referral.)</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: Cuando su médico le escribe una receta, puede comprar el medicamento en una de las farmacias de la red del plan o a través del servicio de pedido por correo del plan. Por favor comuníquese con su plan para ver si ofrecen el servicio de pedido por correo. **Vea el GUIÓN: Drug Coverage Pharmacies Mail Order**</p> <p>Quando vaya a su farmacia a comprar sus medicinas, tendrá que llevar su tarjeta del plan o una carta de su plan indicando que recibieron su solicitud. Si no lleva esta información, el farmacéutico quizás tenga que buscar en su sistema para verificar si es elegible e identificar en qué plan se ha inscrito. Si esa información no está disponible, tal vez tenga que pagar el costo total del medicamento, aun si el mismo está cubierto por el plan. Si esto sucede, debe enviar una reclamación a su plan para que le reembolsen el costo. Para averiguar cómo presentar una reclamación, fíjese en el folleto "Evidencia de Cobertura" o llame a su plan directamente.</p> <p>**NOTA AL CSR: Si la persona que llama fue inscrita en un plan automáticamente y todavía no ha recibido nada del plan, LEA: Drug Coverage Enrollment Plan Unknown.**</p> <p>El farmacéutico buscará en la computadora para averiguar si el plan cubre su medicamento. También averiguará si le otorgaron la ayuda adicional y si tiene algún otro tipo de cobertura que le ayude a pagar por sus medicamentos. Después le dirá cuánto tiene que pagar por la receta. Esto se hace mientras usted está en la farmacia.</p> <p>La cantidad que pague por los medicamentos cubiertos se tomará en cuenta automáticamente como parte del pago del deducible y otros beneficios del plan [**Si la persona que llama pregunta, esto incluye el límite inicial de cobertura, la falta de cobertura y/o la cobertura catastrófica.**] Su plan mantendrá un control de los gastos directos de su bolsillo.</p> <p>Si el farmacéutico le dice que su medicamento no está cubierto por el plan, usted puede:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hablar con su médico para ver si puede reemplazarlo por otro medicamento que esté cubierto por su plan, O2. Llamar al plan y pedir una excepción. **Vea el GUIÓN: Drug Coverage Formulary Exceptions**	
<p>Tips: SCRIPT = Drug Coverage Pharmacies Mail Order SCRIPT = Drug Coverage Formulary SCRIPT = Drug Coverage Formulary Exceptions SCRIPT = CC Medicare Costs and Premiums (Drug Coverage Cost) SCRIPT = CC Medicare Costs and Premiums (Drug Coverage Cost Out of Pocket TROOP) SCRIPT = Drug Coverage Enrollment Plan Unknown SCRIPT = Drug Coverage Plan Mailings, for description of Evidence of Coverage REFERRAL = Medicare drug plan</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Lea este guión si la persona que llama indica que "Wellpoint Point of Service Solution" para facilitar la inscripción no está funcionando.</p> <p>Lea a los farmacéuticos: Ahora que a muchos de los beneficiarios iniciales que usaron "WellPoint POS Solution" en enero y febrero se les confirmó su doble elegibilidad, sus "cuentas POS" comenzaron a darse por terminadas. Aquellos que reunieron los requisitos de inscripción, fueron inscritos en un plan UNICARE. Si intentó re-enviar la factura a la cuenta de POS que usaba anteriormente para ese beneficiario, la transacción le será denegada. Muchos de estos individuos tendrán su tarjeta de identificación o habrán recibido una carta de aviso. Debe preguntarle al beneficiario si recibió algo de UNICARE. Si no lo recibió, infórmese usando "El query". La nueva información de UNICARE sobre facturación debe estar disponible.</p> <p>Algunas reclamaciones enviadas a "WellPoint POS Solution" tienen los números de identificación del beneficiario incorrectos y los mismos no corresponden a ningún beneficiario de Medicare. Estas cuentas POS también están terminando. Si trata de re-enviar la factura a la cuenta POS que usó anteriormente, la reclamación le será denegada. En estos casos, si no puede localizar un plan para enviar la reclamación usando los métodos disponibles, puede usar nuevamente "WellPoint POS Solution" si envía el número de HIC y el número de identificación de Medicaid correctos.</p> <p>Lea a los Beneficiarios: Después de comprobar que usted tiene tanto Medicare como Medicaid, Medicare debería haberlo inscrito en un plan de recetas médicas de UNICARE. ¿Recibió usted la tarjeta o una carta de UNICARE?</p> <p>Si la respuesta es "SÍ": Debe usar o la tarjeta o la carta que le envió UNICARE para comprar sus medicamentos. También puede cambiar de plan en cualquier momento.</p> <p>Si la respuesta es "NO": NOTA AL CSR: Fíjese en el rótulo MA-PD para averiguar si está en otro plan. Si lo está, proporcione la información de contacto. En caso contrario, LEA: Debe llamar a UNICARE al 1-866-892-5335 para averiguar sobre su inscripción.</p>	
<p>Tips: REFERENCE MATERIAL = Wellpoint Point of Sale Fact Sheet, for more information about the Point of Service Facilitated Enrollment Solution (Anthem/Wellpoint).</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Lea si la persona que llama recibió una carta de CMS en papel verde/amarillo, pero ya está inscrita en un plan de Medicare para recetas médicas.</p> <p>PREGUNTE: ¿Se inscribió en un plan por su cuenta?</p> <p>Si responde "SÍ": Verifique el rótulo MA-PDP en NGD.</p> <p>Si el tipo de inscripción = B, LEA: Veo que está inscrito en [PLAN]. Si éste es el plan que desea, puede ignorar la carta y se quedará en el plan que eligió.</p> <p>Si el tipo de inscripción = A o C: No rechace la inscripción de la persona que llama (Do NOT Opt Out), LEA: Estamos enterados de este problema y vamos a actualizar el sistema. Usted se quedará en el plan que desea. Cuando vaya a la farmacia, use la tarjeta del plan en el que quiere quedarse. Si ese plan le niega cobertura, puede usar el plan que Medicare escogió para usted hasta que se actualice el sistema. **Ingrese el asunto en PDP Regional Office Referral. Asegúrese de escoger "FE" en "Complaint Plan Name".**</p> <p>Si responde "NO": Verifique el rótulo MA-PDP para ver si la persona que llama está inscrita en un plan y asegúrese de que el tipo de inscripción = A o C. LEA LO SIGUIENTE:</p> <p>Como usted recibe ayuda para pagar sus primas de Medicare, recibe los beneficios de SSI o solicitó la ayuda adicional y se la aprobaron, será inscrito en [PLAN].</p> <p>Quizás haya recibido una carta en papel verde o amarillo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). En esa carta CMS le informó que lo iba a inscribir en un plan de Medicare para recetas médicas. La carta indica cuándo comenzará su cobertura. Si quiere estar inscrito en ese plan, guarde la carta que recibió.</p> <p>No obstante, usted no tiene que quedarse en ese plan de Medicare para recetas médicas; puede inscribirse en un plan diferente.</p> <p>Si no desea la cobertura de Medicare para recetas médicas, debe rechazarla para que no lo inscriban automáticamente en otro plan de Medicare. Sin embargo, si quiere tener cobertura continua de medicamentos a un costo menor o sin costo, es mejor que se inscriba en un plan de Medicare.</p>	
<p>Tips: SCRIPT = Disenrollment Probing Questions Drug Coverage, if caller wants to opt out. If the caller wants Medicare drug coverage, do NOT opt them out. TIP = Auto enrollment notices are printed on yellow paper and facilitated enrollment notices are printed on green paper. TIP = SSI is a monthly benefit that is paid to people with limited income and resources who are disabled, blind, or age 65 or older. These benefits are not the same as Social Security benefits.</p>	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: Formas de pago de la prima: Cuando se inscriba en un plan, le preguntarán cómo desea pagar las primas. Usted tiene tres opciones para pagar las primas de su plan. Puede: <ol style="list-style-type: none">1. Autorizar a su plan para que deduzca la cantidad de la prima de su cuenta de ahorro o cuenta corriente, o para que la cargue a una tarjeta de crédito o de débito.2. Enviar al plan un cheque o un giro bancario por correo.3. Autorizar a que deduzcan la cantidad de la prima de su beneficio mensual del Seguro Social; de un modo similar al que son pagadas algunas primas de la Parte B. <p>Si quiere cambiar la forma de pago, tendrá que comunicarse con su plan.</p> <p>**NOTA AL CSR: Si alguna persona elige la opción 1 ó 2 mencionadas arriba, pueden enviarle las facturas por las primas trimestralmente. Queda a criterio del plan decidir con qué frecuencia facturará por las primas.</p> <p>INFORMACIÓN ADICIONAL: Si se da de baja o cambia de planes, su inscripción en un nuevo plan suspenderá automáticamente la deducción de la prima de su antiguo plan. Sin embargo, podrían seguirle deduciendo las primas del antiguo plan de sus beneficios de SSA. Tan pronto como actualicen el sistema, SSA le reembolsará cualquier prima que haya sido pagada al primer plan. Usted debería recibir este reembolso dentro de las ocho semanas después de haberse inscrito en un nuevo plan. No es necesario que haga nada más.</p>	
Tips: REFERRAL = Do not refer callers to SSA for questions about Medicare drug plan premiums. These questions should be referred to the drug plan. TIP = The premium cannot be taken out of Civil Service or Railroad Retirement Board benefits at this time. SCRIPT = EE Automatic Premium Payment or Payment by State, if caller is in a stand alone PDP and wants to know when the premium will be deducted from their Social Security check. SCRIPT = EE Managed Care Plan Costs, if caller is in a MA PDP and wants to know when the premium will be deducted from their Social Security check.	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: Si la persona que llama le dice que sus primas no están siendo deducidas de sus beneficios de SSA, PREGUNTE: ¿Hace cuánto tiempo hizo la solicitud para que le deduzcan las primas?</p> <p>HACE MÁS DE 3 MESES: Si su solicitud tarda más de 3 meses, Medicare la cancelará y le pedirá al plan que le facture directamente a usted. A usted nunca le deducirán más de 3 meses a la misma vez. Si está preocupado por el pago de estas primas, contacte al plan para arreglar un plan de pagos que funcione mejor para usted.</p> <p>HACE MENOS DE 3 MESES: Puede demorar de 1-3 meses para que comiencen a deducir las primas de sus beneficios de SSA. Cuando comiencen a hacerlo, verá una deducción que refleja los meses en los cuales usted tuvo la cobertura, pero la prima no fue deducida de su cheque. Esto ocurre solamente una vez y, en el futuro, se le harán deducciones por la prima de un solo mes.</p> <p>La solicitud de deducción fue inicialmente aceptada, pero ahora no le están deduciendo las primas: Si hay diferencias en la cantidad que deberían retenerle de sus beneficios de SSA, la deducción será cancelada. Si esto ocurre, Medicare le pedirá a su plan de recetas médicas que le facture por las primas directamente a usted. Llame a su plan si desea saber por qué se cancelaron sus deducciones.</p> <p>La solicitud sobre sus primas fue negada: Si le negaron su solicitud para que sus primas se deduzcan de su cheque de SSA, su plan se comunicará con usted acerca de sus opciones de pago. Esto podría ocurrir si su cheque mensual del Seguro Social no es suficiente para cubrir las primas de su plan de recetas médicas.</p> <p>Carta sobre falta de pago de las primas: Si recibió una carta de su plan de medicamentos indicando que no ha pagado su prima, pero usted cree que es un error, por favor contacte al plan. Ellos se encargarán de resolver el problema con usted.</p> <p>**NOTA AL CSR: Si la persona que llama <u>ya ha contactado al plan</u> y han pasado más de 3 meses, VAYA A Drug Coverage Complaints en "PDP Regional Office Referral".</p> <p>INFORMACIÓN ADICIONAL: Si usted está esperando que SSA comience a hacer las deducciones, su plan NO PUEDE darle de baja por falta de pago de las primas.</p>	
<p>Tips: SCRIPT = SSA Premium Issues Part B and Drug Coverage, if caller is owed a refund due to incorrect Premium deductions. REFERRAL = Do not refer callers to SSA for questions about Medicare drug plan premiums. These questions should be referred to the drug plan. TIP = United (AARP) is one plan sending letters saying that beneficiaries did not pay drug premiums. SCRIPT = EE Automatic Premium Payment or Payment by State, if caller is in a stand alone PDP and wants to know when the premium will be deducted from their Social Security check. SCRIPT = EE Managed Care Plan Costs, if caller is in a MA PDP and wants to know when the premium will be deducted from their Social Security check.</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: **Use este gui3n si la persona que llama recibió una llamada telefónica de un representante del Centro para Ayuda Adicional con los Costos de Recetas Médicas de Medicare, del Consejo Nacional sobre el Envejecimiento (NCOA, por sus siglas en inglés) o del "Benefits Data Trust" (BDT).**</p> <p>Es posible que le llame (o tal vez ya le haya llamado) un representante preguntándole si le interesa saber más sobre la solicitud de ayuda adicional para pagar los costos de sus recetas médicas de Medicare. Esta persona le informará que le está llamando del Centro para Ayuda Adicional con los Costos de Recetas Médicas de Medicare. También puede que le diga que está llamando del Consejo Nacional sobre el Envejecimiento (NCOA) o del "Benefits Data Trust".</p> <p>Le animará a que solicite la ayuda adicional, si todavía no lo ha hecho, y le ofrecerá ayudarle a llenar la solicitud. El Centro está haciendo estas llamadas para ofrecer ayuda y apoyo a las personas con Medicare. Medicare está trabajando junto con ellos y otras fuentes de confianza en este programa, y le aconsejamos que aproveche este servicio, que es gratuito y confidencial.</p> <p>También es posible que el Centro para Ayuda Adicional con los Costos de Recetas Médicas de Medicare, el Consejo Nacional sobre el Envejecimiento (NCOA) o el "Benefits Data Trust" (BDT) le envíen información por correo.</p> <p>El Centro para Ayuda Adicional con los Costos de Recetas Médicas de Medicare le pedirá la información necesaria, incluyendo su número de Seguro Social, para llenar la solicitud de ayuda adicional. Luego, la enviarán electrónicamente a su nombre. Una vez que se haya enviado su solicitud, usted recibirá del Centro una carta de confirmación. El número de teléfono de ellos es 1-800-528-9594.</p>	
<p>Tips: TIP = The National Council on Aging (NCOA) is working with the Benefits Data Trust (BDT) to place calls as the Center for Extra Help With Medicare Drug Costs.</p>	

Status: Active	Deactivated Date: N/A
<p>Script: A partir del 1ro de julio de 2006, los miembros de Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC, por sus siglas en inglés) que podrían ser elegibles para la ayuda adicional, deben proporcionar la información necesaria a EPIC para que ellos puedan enviar la solicitud para la ayuda adicional.</p> <p>EPIC tal vez le envíe un formulario de "Solicitud de Información Adicional" en el que se le pide información sobre sus recursos y otros datos necesarios para solicitar la ayuda adicional. Para mantener su cobertura de EPIC, necesita completar y devolver el formulario. Se les pide a los miembros que devuelvan el formulario completado dentro de los 30 días de la fecha que aparece en la carta.</p> <p>Una vez que EPIC reciba el formulario completado, enviarán su solicitud a la Administración del Seguro Social. El Seguro Social le notificará por carta si ha sido aprobado para recibir la ayuda adicional. También podrían llamarlo si tienen alguna pregunta sobre su solicitud.</p> <p>Si le aprobaron la solicitud de ayuda adicional, EPIC será notificado automáticamente y lo ayudará a inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas que puede usarse con EPIC para que sus ahorros sean mayores. Si usted acepta inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas, no tendrá que pagar la tarifa de EPIC y no pagará la prima del plan de recetas médicas.</p> <p>Es importante que sepa que esto no aplica a todos los miembros de EPIC. Sólo afecta a los que parece que son elegibles para la ayuda adicional.</p> <p>Si usted fue inscrito automáticamente o a través del proceso facilitado en un plan de Medicare para recetas médicas (por Medicare o por EPIC), puede quedar fuera ("opt out") del plan sin que esto afecte su cobertura de EPIC.</p> <p>Si la persona que llama fue inscrita por Medicare o EPIC y desea cambiar de plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si recibe los beneficios de SSI o solicitó la ayuda adicional y se la aprobaron: Puede cambiar de planes una vez antes de que termine el año calendario durante el cual Medicare le inscribió. Si desea quedar fuera de su plan, eso se considerará como si hubiese usado su oportunidad para cambiar de plan.• Si tiene Medicaid o recibe ayuda para pagar las primas de Medicare: Puede cambiar de plan en cualquier momento.	
<p>Tips: REFERRAL = If caller needs help with the form or has questions, contact the EPIC Hotline at 1-800-332-3742. The hours of operation are 8:30am - 5:00pm ET Monday through Friday. TIP = EPIC is a New York State sponsored prescription plan for those who need help paying for their prescriptions. TIP = They are doing a pilot test of the form with four counties (Albany, Broome, Erie, and Queens). Forms will be sent to the remaining enrollees starting in mid to late June. REFERENCE MATERIAL = EPIC Request for Additional Information Form</p>	

[The English version of this script can be found in the PDP Regional Office Referral in the Surveys tab.]

Use this script if a beneficiary or pharmacist has a complaint related to Medicare Drug Coverage.

**If caller wants to join, switch or disenroll from a plan, READ Drug Coverage Enrollment Disenrollment Probing Questions SEP SP

If caller was denied enrollment into a plan, READ: RP Drug Coverage Denial Claim Enrollment Appeal.

READ: ¿Ha tratado de comunicarse con su plan sobre este asunto?

[YES, but issue was not resolved.](#)

[YES, could not get through.](#)

[NO](#)

What is the caller's complaint?

[LIS issue \(includes paying too much for drug copay, deductible, etc.\)](#)

[LIS premium issue \(paying too much\)](#)

[Does not have ID card or confirmation letter](#)

[Not in plan they want \(enrollment or disenrollment issue\)](#)

[Formulary issue \(drug not covered, drug price not correct \(non-LIS\), quantity limits or prior approval\)](#)

[Pharmacy will not accept ID card or letter](#)

[Other](#)

Is the complaint related to Fraud, Waste, or Abuse?

[YES](#) / [NO](#)

(CSR Note: Ask any of the following probing questions if needed.)

¿Le ha llamado alguien para tratar de inscribirle en un plan de medicinas por teléfono?

¿Se ha inscrito en el Registro Nacional No Llame? (Nota al CSR: Si la persona que llama responde "sí", pregunte: ¿Le ha llamado algún plan a pesar de que usted está en el Registro?)

¿Ha ido alguien a su hogar sin previo aviso, diciendo que es de Medicare o de SSA?

¿Le preguntaron sobre su historial de salud cuando trató de inscribirse en un plan?

¿Ha recibido materiales de algún plan sin el sello "Aprobado por Medicare"?

¿Le ha pedido alguien que le venda sus medicamentos recetados a otra persona por dinero?

¿Le ha pedido alguien que le venda su tarjeta del plan a otra persona por dinero?

¿Le ha pedido alguien que compre una receta para él/ella usando su tarjeta del plan?

¿Cree usted que su plan lo ha discriminado de alguna forma?

¿En su Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés), aparece alguna medicina que usted no recibió?

Is the complaint related to Education and Outreach? (Use only if caller is frustrated and does not want you to provide them with any other help.)

[YES](#) / [NO](#)

(CSR Note: Ask any of the following probing questions if needed.)

¿Necesita que alguien le ayude personalmente con sus opciones de cobertura para medicinas?

¿Cree usted que no está recibiendo suficiente ayuda con sus opciones de cobertura para recetas médicas?

¿Necesita ayuda para llenar los formularios de inscripción del plan?

¿Necesita ayuda para entender todos los materiales que ha recibido por correo?

¿Necesita ayuda para presentar una queja o pedir una excepción?

Is the complaint related to Quality of Care?

[YES](#) / [NO](#)

(CSR Note: Ask any of the following probing questions if needed.)

¿Se negó la farmacia a despacharle la receta?

****CSR NOTE:** If the pharmacist can't fill a prescription because they are unable to verify drug plan enrollment or co-pay levels, the complaint is not related to the category Quality of Care. Please [click here](#).

¿Le dio la farmacia la receta equivocada?

¿Le dio la farmacia la dosis equivocada?

¿Le dio la farmacia una receta incompleta? (por ejemplo, debía darle la cantidad para 30 días pero sólo recibió para 20 días)

¿Se negó la farmacia a explicarle sobre los medicamentos que le recetaron?

¿Le recetó su médico una medicina que le causó una mala reacción?

Please refer the caller to the MEDIC contractor.

READ: LEA: Tendrá que reportar esta queja a Delmarva Foundation for Medical Care, Inc. Ellos se encargan de todos los asuntos relacionados con posible fraude, malgasto y abuso en el programa de Medicare para Recetas Médicas. Puede llamarlos al 1-877-7SAFERX o 1-877-772-3379.

[\(End of script\)](#)

Refer the caller to State Health Insurance Assistance Program (SHIP) for counseling.

(Note: Please make sure you have helped the caller with all of their Medicare questions before referring them to the SHIP.)

[\(End of script\)](#)

¿Ha hablado con su médico o farmacéutico sobre este tema?

[YES](#) / [NO](#)

Refer the caller to their doctor or pharmacist.

LEA: Primero debe comunicarse con su médico o farmacéutico. Si habla con ellos y cree que su

problema aún no se ha resuelto, debe volver a llamarnos.

[\(End of script\)](#)

TNT to the Quality Improvement Organization (QIO) in the state where the care was given.

LEA: Voy a tener que transferirle a la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. Ellos revisarán su(s) queja(s) sobre la calidad de atención que recibió. Si le atiende un contestador o un servicio automático, por favor deje un mensaje. Le devolverán la llamada durante horas de oficina al día siguiente.

[\(End of script\)](#)

Go to MA PDP tab and check LIS subsidy level.

READ: Nuestros archivos muestran que debe pagar [insert LIS amounts] por sus recetas. ¿Le están cobrando esta cantidad?

[YES](#)

[NO](#)

Esta es la cantidad de ayuda adicional que le han aprobado. ¿Tiene algún documento que indique una cantidad diferente?

[YES](#) / [NO](#)

Como no tiene ningún documento que indique que le aprobaron una cantidad diferente, ésta es la cantidad que usted continuará pagando por sus medicamentos.

[\(End of script\)](#)

¿Qué tipo de documento tiene?

Approval Letter from SSA (Escalate to the Reference Center, [end of script.](#))

Letter from CMS (Escalate to the Reference Center, [end of script.](#))

Letter from State Medicaid office (Click [here.](#))

Go to MA PDP tab and check LIS subsidy level.

If LIS subsidy level is 100%, READ:

Usted no debería estar pagando la prima A MENOS QUE la prima de su plan sea más alta que la prima promedio de los planes en su región. Por favor comuníquese con su plan para información específica sobre cuánto debería ser la prima.

If LIS subsidy level is anything BUT 100%, READ:

Si usted califica para recibir la ayuda adicional, pagará una prima reducida según el porcentaje que indica la carta en la que le otorgan la ayuda. Por favor comuníquese con su plan para información específica sobre cuánto debería ser la prima.

[\(End of script\)](#)

Verify caller's plan name from the MA-PD Tab or the PDPF Tool.

If plan is correct, click [here](#). If caller thinks that they are in a different plan than what is shown, READ:

La forma más rápida de arreglar el problema es que llame directamente al plan. Los representantes del plan pueden poner un código temporal en el sistema para que usted obtenga sus medicamentos con la ayuda adicional. CSR Note: If caller refuses to contact plan or was unsuccessful after contacting plan, click [here](#).

Verify caller's plan name from the MA-PD Tab or the PDPF Tool.

If plan is correct, click [here](#). If caller thinks that they are in a different plan than what is shown, READ:

La forma más rápida de arreglar el problema es que llame directamente al plan. CSR Note: If caller refuses to contact plan or was unsuccessful after contacting plan, click [here](#).

Check PDPF. Are the drugs that the caller is taking on the formulary and is the caller using a network pharmacy?

If YES, READ: Tiene dos opciones. Puede llamar a su plan o yo puedo ayudarle a poner una queja. (Click [here](#) to file a complaint.)

If NO, READ: Si compra un medicamento que no está en el formulario de su plan o va a una farmacia fuera de la red, su copago será más alto. ([End of script](#))

Go to script, Drug Coverage Enrollment Plan Unknown SP.

[\(End of script\)](#)

Verify the caller's plan enrollment/disenrollment status in the MA-PD Tab or in the PDPF Tool.

CSR Note: If the caller agrees with what is in the system, provide the plan phone number if necessary.

If system is not showing the correct enrollment status, offer plan name/phone number so the caller can follow up. If caller refuses to contact plan or has tried unsuccessfully to resolve the issue with the plan, click [here](#) to file a complaint.

If the system is not showing a disenrollment:

1. Verify that the caller does intend to disenroll versus enroll in a different plan.
2. Ask caller how they disenrolled previously (called plan or 1-800-Medicare).
3. Ask when they previously disenrolled.

If the prior disenrollment action was done more than 30 days ago, and the system still shows the enrollment in that plan, transfer to Tier 2 for disenrollment. ([End of script](#))

Go to PDPF and enter the confirmation number or caller's drugs.

Find the caller's plan and use the drop-down box to "view drug details." Review plan information with the caller such as:

- whether the drug is on the formulary list
- any quantity limits
- step therapy
- prior authorization
- drug costs at each phase of the benefit

If issue is resolved, [end of script](#).

If issue is not resolved, provide the caller with the plan's name/phone number for further discussion with plan. If caller refuses to contact plan or has tried unsuccessfully to resolve the issue with the plan, click [here](#) to file a complaint.

Refer the caller to their prescription drug plan.

READ: La forma más rápida de resolver un asunto es comunicarse con su plan. Si no ha tratado últimamente, debe intentar hablar con ellos primero. En muchos planes, ahora hay que esperar muy poco, o tal vez nada. Si habla con ellos y cree que su problema aún no se ha resuelto, debe volver a llamarnos.

Note: If caller refuses to contact plan or has tried unsuccessfully to resolve the issue with the plan, click [here](#).

Note: If caller does not know their plan's number, they should be able to locate it on their drug plan card or a recent statement received from their plan.

Note: If caller is not sure which drug plan they are enrolled in, you can verify their plan by checking the plan name from the MA-PD Tab or in the PDPF Tool.

[\(End of script.\)](#)

Complete the PDP Regional Office Referral.

READ: Voy a necesitar que me dé cierta información para registrar su queja. Una vez registrada, la enviaré a su plan para que sea resuelta. Luego, un representante del plan se comunicará con usted lo más pronto posible para ayudarle con su queja.

CSR Note: If caller asks how long it will take to hear from someone, READ:

Su problema es importante para nosotros y le daremos la atención debida. Lamentablemente, no puedo darle un período de tiempo específico. Un representante de su plan se comunicará con usted lo más pronto posible.

If they already filed a complaint and it has been less than 48 hours for urgent complaints or less than 5 business days for non-urgent complaints, READ:

Veo que usted ya ha presentado una queja. Está todavía en proceso, y agradecemos mucho su paciencia. Por favor vuelva a llamarnos después, si es que el plan aún no se ha comunicado con usted.

If they already filed a complaint and it has been longer than 48 hours for urgent complaints or longer than 5 business days for non-urgent complaints, file another complaint.

****CSR Note: Complete PDP Regional Office Referral to enter a complaint. This can be found in NGD by clicking on the Surveys tab.****

[\(End of script.\)](#)

Status: Active	Deactivated Date: n/a
Script: **Use si la persona que llama indica que desea desafiliarse de un plan de Medicare para recetas médicas porque tiene TRICARE o la cobertura de VA.** <ul style="list-style-type: none">• Si tiene cobertura de TRICARE o VA y un plan de Medicare para recetas médicas, usted es elegible para un período de inscripción especial para darse de baja de su plan de medicamentos de Medicare. En el caso de TRICARE, esto permitirá que TRICARE vuelva a ser la cobertura primaria.• Si tiene un plan de Medicare para recetas médicas y quiere inscribirse en TRICARE o en VA, usted es elegible para un período de inscripción especial para darse de baja de su plan de medicamentos de Medicare. **NOTA AL CSR: Si la persona que llama desea desafiliarse, verifique el rótulo MA PDP. ¿Califica la persona automáticamente para la ayuda adicional o le aprobaron el subsidio por bajos ingresos? SI LA RESPUESTA ES "SÍ": Tier 1 transfiera a Tier 2. Tier 2 debe desafiliar y "opt out" al beneficiario. SI LA RESPUESTA ES "NO": Tier 1 transfiera a Tier 2. Tier 2 debe desafiliar y "opt out" al beneficiario. **Si la persona que llama cree que está perdiendo la cobertura de TRICARE porque fue inscrita en un plan de Medicare para recetas médicas, LEA: Usted no ha perdido ni le han cancelado la cobertura de TRICARE por inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Sin embargo, como usted tiene TRICARE y también el plan de medicamentos de Medicare, el plan de medicamentos de Medicare pagará primero y entonces TRICARE se vuelve el pagador secundario. Si su farmacéutico verifica el estatus de su seguro en su sistema, verá que el plan de Medicare para recetas médicas es el pagador primario y que el plan de TRICARE es el pagador secundario para sus reclamaciones relacionadas con medicamentos. Si desea darse de baja del plan de Medicare para recetas médicas, esto permitirá que TRICARE vuelva a ser la cobertura primaria. **NOTA AL CSR: Si la persona que llama desea desafiliarse para que TRICARE sea el pagador primario, vea el principio del texto.** **Si verifica el rótulo MA PDP y ve que la persona que llama había estado en un plan de Medicare para recetas médicas, pero se desafilió anteriormente, LEA: En nuestros archivos consta que la fecha efectiva en que usted se dio de baja de su plan de Medicare para recetas médicas es el [DATE]. Debe comunicarse con Express Scripts, la farmacia que tiene contrato con TRICARE, y avisarle que ya no está inscrito en un plan de Medicare para recetas médicas. Puede comunicarse con el centro de llamadas para servicio al cliente de Express Scripts de TRICARE llamando al 1-866-363-8779.	
Tips: SCRIPT = Drug Coverage and Other Coverage, for general information about TRICARE and VA benefits SCRIPT = Disenrollment Process, for Tier 2s who are disenrolling or opting out these beneficiaries.	

Status: Active	Deactivated Date: n/a
<p>Script: El período de "falta de cobertura", a veces conocido como "donut hole", es el intervalo durante el cual usted paga el 100% del costo de sus recetas médicas.</p> <p>Basándose en el mínimo de cobertura estándar de Medicare, el período de falta de cobertura funcionará de la siguiente manera (use esto SÓLO COMO EJEMPLO, porque los planes varían): Cuando el costo total (lo que pagan usted y su plan) de sus medicamentos llegue a \$2,250, usted entra en el período de falta de cobertura. Entonces, tendrá que pagar el 100% de los costos de sus medicamentos (el precio negociado, no el precio de venta al público) hasta que haya gastado \$3,600 directamente de su bolsillo por el año. Esto significaría que usted gastará \$2,850 en sus medicamentos mientras se encuentra en el período de falta de cobertura.</p> <p>NOTA AL CSR: \$250 (el deducible) + \$500 (el 25% de \$2,000, que es la diferencia de \$250 a \$2,250) + \$2,850 (gastos mientras esté en el período sin cobertura) = \$3,600 en gastos directos de su bolsillo.</p> <p>Si califica para recibir la ayuda adicional, no tendrá un período de falta de cobertura. En su lugar, pagará un copago o coseguro pequeño.</p> <p>Algunos planes pagan por sus medicamentos durante el período de falta de cobertura. A menos que se cambie a uno de estos planes, usted no podrá evitar este período sin cobertura cambiando de plan durante el año. Cuando se cambie de plan, el registro con los costos de sus medicamentos se transferirá al plan nuevo. Si quiere saber si ha llegado al período de falta de cobertura, por favor contacte a su plan.</p> <p>Si su plan tiene cobertura, tal vez usted pueda retrasar o evitar llegar a la falta de cobertura y continuar ahorrando en los costos de sus medicamentos.</p> <p>¿Quisiera que le dé más información al respecto? Click Here to give caller additional information from "5 Ways to Lower Your Costs During the Coverage Gap" on www.medicare.gov.</p> <p>**Nota al CSR: Use la herramienta PDPF para ayudar a la persona que llama a determinar cuándo entrará en el período de falta de cobertura. En la página "Prescription Drug Plan Comparison", seleccione "View Cost Details" de la sección "More About This Plan". El Calculador de Costos Mensuales mostrará en forma de una gráfica cuándo la persona entrará en el período de falta de cobertura.**</p>	
<p>Tips: SCRIPT = Drug Coverage Cost SCRIPT = Drug Coverage LIS Cost SCRIPT = Drug Coverage Cost Out of Pocket TROOP, if caller wants information on what counts toward their out-of-pocket costs. SCRIPT = CS Drug Coverage Prescription Plan Finder PDPF Lead In SCRIPT = Drug Coverage LIS Extra Help Apply SCRIPT = Drug Coverage and Other Coverage REFERENCE MATERIAL = State Pharmacy Assistance Programs (SPAP) and Part D (includes information on SPAP wraparound programs) REFERENCE MATERIAL = Bridging the Coverage Gap (11213)</p>	